

Analyse präoperativer Stressoren chirurgischer Patienten mittels Grounded Theory

***Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades***

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich Schiller-Universität Jena**

von Robert Wilhelm
geboren am 12.11.1987 in Suhl

Gutachter

1. Prof. Dr. phil. Bernhard Strauß (Jena)
2. Prof. Dr. rer. medic. Hans-Joachim Hannich (Greifswald)
3. PD Dr.med. Henning Mothes (Jena)

Tag der öffentlichen Verteidigung: 04.06.2013

Abkürzungsverzeichnis

HAPA:	Health Action Process Approach (dt.: sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns)
HBM:	Health Belief Model (dt.: Modell gesundheitlicher Überzeugung)
HLC:	Health Locus of Control (dt.: gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung)
PLK:	Problemlösungskompetenz
PMT:	Protection Motivation Theory (dt.: Theorie der Schutzmotivation)
TPB:	Theory of planned behaviour (dt.: Theorie geplanten Verhaltens)

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Inhaltsverzeichnis	4
Zusammenfassung	7
Einleitung	9
Chirurgischer Stress	10
Ziele der Arbeit	12
Theoretischer Hintergrund der Grounded Theory	13
2.1. Grundprinzip der Grounded Theory	13
2.2. Vor- und Nachteile qualitativer Untersuchungen	15
2.3. Grundbegriffe der Grounded Theory	17
2.3.1. Grundelemente	17
2.3.2. Komparative Analyse	18
2.3.3. Theoretisches Sampling	18
2.3.4. Kodieren	20
2.3.5. Memos	21
2.3.6. Theoretisches Sorting	21
Methodik	23
1. Stichprobe	23
1.1. Auswahlkriterien	23
2. Durchführung	27
2.1. Interviews	27
2.2. Theoretisches Sampling	28
2.3. Komparative Analyse und Kodieren	28
2.4. Memos	29
2.5. Theoretisches Sorting	30
Ergebnisse	31
1. Problem	31
2. Wahrgenommene Funktion und Lebenssituation	33
3. Abwägen	36
3.1. Abwägen der Problemlösungskompetenz	37
3.1.1. Eigene Problemlösungskompetenz	38
3.1.2. Fremde Problemlösungskompetenz	39
3.1.3. Ergebnis des Abwägens der Problemlösungskompetenz	41
3.1.3.1. Zusammenarbeit.....	41
3.1.3.2. Misstrauen.....	42
3.1.3.3. Anvertrauen.....	43
3.1.3.4. Hilflosigkeit.....	44
3.2. Abwägen der Operation	45
3.2.1. Beeinträchtigungen durch Krankheit	45
3.2.2. Beeinträchtigung durch die Operation	50
3.2.3. Ergebnis des Abwägens der Operation	55
3.2.3.1. Annahme der Operation.....	55
3.2.3.2. Nicht-Annahme der Operation.....	56
3.2.3.3. Zwickmühle.....	57
3.2.3.4. Fragwürdigkeit der Operation.....	57
4. Vor-, Krankheits- und Nicht-Wissen	58
5. Einordnung der Operation in die Lebenssituation	64
Diskussion	67
1. Methodische Diskussion	67

1.1. Methodenwahl	67
1.1.1. Grounded Theory als Methode der Wahl	67
1.1.2. Vorannahmen	67
1.1.3. Entwicklung der Kernkategorie "Abwägen" in der Untersuchung	68
1.2. Datenerhebung und Stichprobe	71
1.2.1. Datenauswahl	71
1.2.2. Datenerhebung	73
1.2.3. Stichprobe	75
2. Ergebnisdiskussion	77
2.1. Abwägen der Problemlösungskompetenz	77
2.1.1. Einschätzung eigener und fremder Problemlösungskompetenz	77
2.1.2. Ergebnis des Abwägens der Problemlösungskompetenz	80
2.1.2.1. Zusammenarbeit	81
2.1.2.2. Anvertrauen	81
2.1.2.3. Misstrauen	82
2.1.2.4. Hilflosigkeit	83
2.2. Abwägen der Operation	84
2.2.1. Bedeutung des Vor-, Krankheits- und Nichtwissens und der Aufklärung	84
2.2.2. Wahrgenommene Funktion der Patienten	86
2.2.3. Funktionsunabhängige Beeinträchtigungen	90
2.2.4. Ergebnis des Abwägens der Operation	91
2.2.4.1. Annahme der Operation	91
2.2.4.2. Nicht-Annahme der Operation	92
2.2.4.3. Zwickmühle	93
2.2.4.4. Fragwürdigkeit der Operation	94
2.3. Einordnung der Operation	95
2.3.1. Zeitliche Komponente	95
2.3.2. Einfluss der Abwäageergebnisse	96
2.4. Präoperatives Abwägen als spezifisches Modell	98
2.5. Möglichkeit und Nutzen der Reduktion psychologischen Stresses	100
2.6. Forschungsausblick	102
2.6.1. Verifikation der Untersuchung	102
2.6.1.1. Statistische Verifikation	102
2.6.1.2. Perspektivenwechsel	103
2.6.2. Erweiterung der Stichproben	103
2.6.2.1. Erweiterung der Stichprobe nach medizinischen Kriterien	103
2.6.2.2. Erweiterung der Stichprobe nach soziologischen Kriterien	104
2.6.2.3. Kinder	105
2.6.3. Inhaltliche Erweiterungen	106
2.6.3.1. Typisierung von Patientenkollektiven	106
2.6.3.2. Typen des Abwägens	106
2.6.3.3. Vorerfahrungen	107
2.6.3.4. Wahrnehmung der eigenen Funktion	107
2.6.3.5. Persönlichkeitsmerkmal Operationsangst	108
2.6.3.6. Postoperativer Stress	108
Schlussfolgerungen	109
Literatur- und Quellenverzeichnis	112
Anhang	119
Anhang 1: Votum der Ethikkommission	120
Anhang 2: Einladungs- und Aufklärungsschreiben für Patienten	121
Anhang 3: Einverständniserklärung der Patienten	122
Anhang 4: Memos	123

Anhang 5: Lebenslauf	156
Danksagung	157
Ehrenwörtliche Erklärung	158

Zusammenfassung

Ausgehend von den Untersuchungen Irving L. Janis 1958 wurde in dieser Arbeit untersucht, in welcher Situation sich chirurgische Patienten vor der Operation befinden, wie sie eine innere Haltung zu dieser Operation entwickeln, um die Operation als sinnvolles Ereignis in ihr Leben einzuordnen und welche Stressoren dabei auf sie einwirken.

Als Methodik wurde die Grounded Theory nach Glaser und Strauss in ihrer Weiterentwicklung durch Glaser gewählt. Es wurden 21 Patienten einer allgemein- und visceralchirurgischen Station, einer gefäßchirurgischen Station sowie vor einem orthopädischen und einem Eingriff im HNO-Bereich in freien Interviews befragt. Zu Beginn der Interviews wurden die Fragen weitestgehend offen gehalten, um den Einfluss von Vorannahmen des Untersuchers auf die Ergebnisse der Interviews möglichst gering zu halten. Im weiteren Verlauf konkretisierten sich die Fragen ausgehend von den zuvor gewonnenen Informationen. Die Interviews wurden unmittelbar im Anschluss als Gedächtnisprotokoll schriftlich fixiert und ausgewertet. Die Auswertung erfolgte durch Vergleich der Patientenaussagen und daraus abgeleiteten Kategorien mittels konstanter komparativer Analyse. Diese Kategorien wurden durch weitere Interviews fortwährend erweitert und konkretisiert. Dabei entstehende weitergehende Ideen und Assoziationen wurden als Memos festgehalten. Auch die Auswahl der Patienten durch theoretisches Sampling wurde durch die Auswertung der Interviews bestimmt und so das entstandene theoretische Modell ausdifferenziert.

Als zentrales Problem der Patienten kristallisierte sich die Einordnung der Operation als sinnvolles Ereignis in ihr Leben heraus. Diese Einordnung der Operation erfolgt über einen Prozess des Abwägens. Dieser besteht aus zwei Grundelementen: Dem Abwägen der Problemlösungskompetenz (PLK) und dem Abwägen der Operation als Lösungsmöglichkeit für ihre Erkrankung als das spezifische Problem der Patienten. Der Abwägeprozess lässt sich als für chirurgische Eingriffe konkretisierte und modifizierte Form bereits vorhandener Modelle des Gesundheitsverhalten wie das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA) oder das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (HBM) darstellen.

Das Abwägen der Problemlösungskompetenz besteht aus dem Einschätzen der eigenen und der fremden Problemlösungskompetenz als jeweils eher hoch oder eher gering ausgeprägt. Als Ergebnisse dieses Abwägens können Anvertrauen (hohe fremde PLK, niedrige eigene PLK), Zusammenarbeit (hohe fremde PLK, hohe eigene PLK), Misstrauen (niedrige fremde PLK, hohe eigene PLK) oder Hilflosigkeit (niedrige fremde PLK, niedrige eigene PLK) entstehen, wobei insbesondere Vertrauen und Zusammenarbeit Voraussetzungen für die sinnvolle Einordnung der Operation sind, während Misstrauen und Hilflosigkeit diese erschweren.

Beim Abwägen der Operation als Lösungsmöglichkeit für das Problem der Erkrankung werden die durch die Erkrankung verursachten Beeinträchtigungen gegen die durch den Aufenthalt im Krankenhaus und die möglichen Folgen der Operation verursachten Beeinträchtigungen abgewogen. Diese Beeinträchtigungen bestehen insbesondere aus der Nichterfüllung wahrgenommener Funktionen in Familie, Beruf, sozialem Umfeld und Freizeit. Im Vergleich zu den von Janis postulierten Ergebnissen erscheinen diese Beeinträchtigungen nicht als ungewöhnliche „neurotische Ängste“ sondern als verbreitete Inhalte patientenseitiger Bedenken. Somit kann eine gewisse Fokusverschiebung weg von existentiellen Ängsten hin zu das soziale Umfeld betreffenden Erwägungen seitens der Patienten angenommen werden. Die Ergebnisse dieses Abwägens können als Annahme der Operation (Beeinträchtigung durch die Krankheit höher als Beeinträchtigung durch die Operation), Zwickmühle (jeweils ähnliche hohe Beeinträchtigung durch Erkrankung und Operation), Fragwürdigkeit der Operation (Beeinträchtigung durch Erkrankung und Operation jeweils gering) und Nicht-Annahme der Operation (Beeinträchtigung durch die Erkrankung niedriger als Beeinträchtigung durch die Operation) bezeichnet werden. Dabei kann insbesondere bei Annahme der Operation eine Einordnung der Operation als sinnvolles Lebensereignis gut gelingen. Alle anderen Ergebnisse erschweren die Einordnung der Operation. Auch der zum Operationszeitpunkt nicht beendete Abwägeprozess erschwert die Einordnung der Operation.

Die Grundlage für den Abwägeprozess der Patienten bilden Vor-, Krankheits- und Nicht-Wissen. Dies sind zum einen die Erfahrungen ihrer Biographie, die sie mit ihrer eigenen und fremder Problemlösungskompetenz, bisherigen medizinischen Behandlungen und sozialen Rollenvorstellungen gemacht haben. Zum anderen sind dies subjektive Krankheitstheorie und das Wissen über die Erkrankung und die Operation, die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten und Komplikationen. Aus diesem Grund kommt dem Erfragen bisheriger Erfahrungen und der Krankheitsvorstellung der Patienten sowie der Aufklärung als Informationsvermittlung über Krankheit und Operation entscheidende Bedeutung zu. Dadurch soll ein positives Ergebnis des Abwägens im Sinne von Zusammenarbeit oder Vertrauen und Annahme der Operation ermöglicht werden. Weiterhin ist es erforderlich, die wahrgenommenen Funktionen der Patienten zu erfragen, um einen möglichen belastenden Umgang mit diesen aufdecken zu können.

Grundsätzliche Voraussetzung für den Umgang mit präoperativem psychischen Stress ist eine ärztliche Grundhaltung, die kritisch mit den an sie herangetragenen Erwartungen umgeht, die Möglichkeit von Fehlern zulässt und offen kommuniziert. Die Erfahrungen der Patienten mit medizinischen Behandlungen sowie deren Eingebundensein in ihre wahrgenommenen Verpflichtungen sollten als wichtige Einflussfaktoren für präoperativen Stress ernst genommen und in die Aufnahme- und Aufklärungsgespräche integriert werden.

*„Denn wer ist unter euch, der einen Turm bauen will
und setzt sich nicht vorher hin und überschlägt die Kosten,
ob er genug habe, um es auszuführen?.“
(Lukas 14,28)*

Einleitung

Angst- und Stresssituationen sind von Anbeginn an unausweichliche Bestandteile des Lebens. Sie gehören zum Mensch-Sein in seiner Mangelhaftigkeit und Verletzlichkeit und machen uns abhängig von äußerer Hilfe. Ähnlich wie Ärger, Ekel und auch Freude gehört Angst zu den Grundemotionen, die eine Anpassungsfunktion des Menschen an äußere Umstände darstellen und im Normalfall konkret-situativ gebunden sind, also nur einen kurzen Zeitraum umfassen, in dem ein bestimmter äußerer, aber auch innerer Einfluss verarbeitet wird (De Bruin 1998). Die Verletzung der körperlichen und seelischen Integrität kann dabei als eine Ur-Angst des menschlichen Daseins gesehen werden. Das griechische Wort „τράυμα“ (lies: „Trauma“) mit seinen Übersetzungen als „Verletzung“ oder „Wunde“ spiegelt den körperlichen Aspekt dieser Angst wieder, während im heutigen Sprachgebrauch der Begriff Trauma insbesondere auch auf psychische Lebensereignisse bezogen wird. Lazarus bezeichnete das Trauma als eine Situation, in der ein Mensch „überwältigt [und] unfähig [ist], ohne beträchtliche Hilfe zu funktionieren“ (Lazarus 1999).

Ein chirurgischer Eingriff, wie er alleine in Deutschland im Jahr 2009 fast 15 Millionen mal durchgeführt wurde, stellt unzweifelhaft einen solchen drastischen Einschnitt in den Lebensalltag eines Menschen dar und ist für den Patienten mit teilweise enormem Stress verbunden (destatis 2010). Der Begriff „Stress“ ist dabei sowohl umgangssprachlich als auch in der psychologischen und medizinischen Forschung mit einer Fülle von Bedeutungen versehen, die eine klare Umgrenzung dieses Begriffes schwierig erscheinen lassen. Er kann als eine spezielle emotionale Reaktion bezeichnet werden, die sich hauptsächlich in der zeitlichen Komponente von den Grundemotionen unterscheidet, was einen fließenden Übergang zwischen Angst und Stress, aber auch zwischen anderen Emotionen wie Ärger und Stress erklärbar macht, wobei jedoch meist Angst als zentrale Komponente des Stresses gesehen werden kann. Medizinisch-physiologisch kann Stress als eine vor allem körperliche (Anpassungs-)Reaktion auf äußere Einflüsse, insbesondere Gefahrensituationen, aber auch lang anhaltende körperliche Belastungen gesehen werden (Selye 1950). Diese geht einher mit einer generalisierten Aktivierung des sympathischen vegetativen Systems und kann nur in begrenztem Umfang willkürlich beeinflusst werden. Demgegenüber steht Stress als psychologisches Phänomen, das die unter Belastungsbedingungen ablaufenden psychologischen Prozesse in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt, die zur Anpassung an die

jeweilige Stresssituation dienen sollen. (Lazarus 1999). In der Untersuchung dieses Phänomens stellt sich die Frage, ob in Situationen vor chirurgischen Eingriffen Prozesse ablaufen, die sich möglicherweise von den gewohnten, alltäglichen Anpassungsmechanismen unterscheiden oder ob es vergleichbare Mechanismen gibt, die auf die jeweilige Situation angepasst werden können. In beiden Fällen liegt die Relevanz darin, nach Möglichkeiten der Unterstützung von Patienten bei der Durchführung der Anpassungsprozesse zu suchen.

Chirurgischer Stress

Als Pionier in der Erforschung des psychologischen Stresses, insbesondere bei chirurgischen Eingriffen, zeigte sich Irving L. Janis in seiner umfassenden Untersuchung „Psychological Stress - psychoanalytic and behavioural studies of surgical patients“ (Janis 1958). Unter „Stress“ sind bei Janis Stimuli, also Änderungen in der Umwelt des Patienten, zu verstehen, die in durchschnittlichen Personen einen hohen Grad emotionaler Anspannung verursachen und durch Störung der normalen Antwortmuster Änderungen des Verhaltens bzw. der inneren Einstellung hervorrufen. In seiner Untersuchung versuchte er, die Angstinhalte von Patienten durch eine Kombination aus freien Interviews mit Patienten, Fragebögen an gesunden Personen und Patienten im Krankenhaus sowie einer psychoanalytischen Fallstudie zu definieren, um wirksame Interventionsmethoden entwickeln zu können. Nach Janis spiegelt eine große chirurgische Operation eine auch in verschiedenen (Natur-)Katastrophen erlebbare Stresssituation wieder, die den Patienten mit drei Hauptgefahren unmittelbar konfrontiert: Akutes Schmerzerleben, schwere Verletzungen und Tod. Die durch ihn gefundenen Ängste der Patienten umfassten Angst vor akuten Schmerzen, Angst vor körperlichen Schäden, Angst vor dem Tod, neurotische Ängste, diffuse Ängste. Aus dieser Untersuchung heraus entwickelte er die Theorie der „work of worry“, eine Beschreibung des Verarbeitungsprozesses der Patienten. Diese besagt, dass die vor der Operation auf möglichst realistischer Grundlage mit Detailwissen über die Operation „durchgearbeiteten“ Sorgen („worry“) im Sinne eines Anpassungsprozesses einen direkten Einfluss auf das prä- und postoperative Stressempfinden und die Erholung („recovery“) der Patienten haben (Salmon 1992b). Die Beziehung zwischen Sorgen und postoperativer Erholung ist nach Janis dabei kurvilinear, das heißt ein sehr niedriges und ein sehr hohes Maß an Sorgen seien mit eher schlechter, ein moderates Maß an Sorgen mit guter postoperativer Erholung assoziiert.

Die Erkenntnisse dieser tatsächlich grundlegenden Untersuchung bildeten für lange Zeit die Grundlage weiterer Untersuchungen präoperativen Stresses, die sich in der Hauptsache auf das quantitativ bestimmbare Ausmaß des Stresses, weniger seine Ursachen, konzentrierten. Ziel war häufig, ein quantifizierbares Substitut der „worry“ zu finden, welches beispielsweise bei Johnston in der präoperativen Angst („anxiety“) gefunden wurde (Johnston und Carpenter 1980). Hier wird

wiederum deutlich, in welcher undurchsichtigen Gemengelage bezüglich ihrer Messbarkeit sich Angst und Stress befinden, die eine scharfe Trennung zwischen beiden nahezu unmöglich machen. In der Theorie wird bei diesen Messungen auf das State-Trait-Angstmodell von Spielberger zurückgegriffen, das zwischen einer für jeden Menschen unterschiedlichen Angstneigung („trait“) und der momentanen, vorübergehenden Zustandsangst („state“) unterscheidet (Spielberger 1972).

Andere Autoren nutzten die endokrinen Stressreaktionen des Körpers als Indikator, um das Ausmaß der Sorge bzw. des Stresses zu quantifizieren (Bursten und Russ 1965).

Erst 1988, 30 auch in der Medizin entwicklungsreiche Jahre nach Janis, unternahm Höfling den Versuch einer erneuten Untersuchung der inhaltlichen Ursachen des präoperativen Stresses. Er führte zu diesem Zweck ebenfalls freie Interviews mit Patienten durch und verwendete die von ihm entwickelte Erlanger-Angst-Skala zur Bestimmung des Ausmaßes präoperativen Stresses. Zu den von ihm festgestellten stressverursachenden Angstgehalten von Patienten gehören Verletzungsängste, Schuld- und Schamängste, Trennungsängste und - in nach seinen Feststellungen wesentlich geringerem Ausmaß – Todesängste (Höfling 1988). Deutlich wird hier bereits eine im Vergleich zu Janis feststellbare Verlagerung des Fokus weg von körperbezogenen Ängsten, hin zu solchen Ängsten, die das Seelenleben der Patienten sowie ihre Beziehungen zur Umwelt betreffen. Parallel zu den Untersuchungen Höflings erfuhr die quantitative Untersuchung präoperativer Stresses vor allem von anästhesistischer Seite gesteigerte Aufmerksamkeit. Ziel war hier jedoch weniger die Identifikation der Stressoren, vielmehr konzentrierten sich die Bemühungen auf die quantitative Messung des Stressniveaus, um die Wirksamkeit vorbereitender Maßnahmen einschätzen zu können. Beispielhaft seien die Arbeiten von Grabow, Krohne und Tolksdorf in Deutschland sowie Salmons im englischsprachigen Raum genannt (Grabow und Buse 1990, Krohne et al. 1996, Tolksdorf et al. 1984a, Salmon 1992a).

Wie bereits angedeutet, stagnierte der technische und wissenschaftliche Fortschritt in der Medizin seit 1958 - und auch seit 1988 - jedoch nicht, sondern nahm im Gegenteil rasant an Geschwindigkeit zu. Verbesserte, sicherere Operationstechniken ermöglichten eine Verkürzung der Zeitdauer von Operation und Krankenhausaufenthalt, was sich nicht zuletzt in der gestiegenen Zahl ambulanter operativer Behandlungen niederschlug. Durch die Einführung minimalinvasiver Techniken wurden äußerlich sichtbare Narben auf ein Minimum reduziert. Die Möglichkeiten antibiotischer Behandlungen verbreiterten sich seit 1958 und senkten die infektionsbedingte Sterblichkeit elektiver Eingriffe. Auch die Anästhesie verfügt heute über eine breite Palette an Wirkstoffen, die Patienten sicher und effektiver durch die OP sowie die prä- und postoperative Phase begleiten. Diese Entwicklungen geben Anlass zu der Vermutung, dass auch die Einstellungen der Patienten gegenüber bevorstehenden Operationen sich gewandelt haben.

Ziele der Arbeit

Aus den oben genannten Gründen erschien es lohnenswert, die Erkenntnisse Janis' im konkreten Kontext der heutigen medizinischen Versorgung in Deutschland zu aktualisieren. Dabei sollte weniger eine Replikation seiner Vorgehensweise, sondern eine in ihrer Unbefangenheit mit Janis vergleichbare Untersuchung vorgenommen werden, die sich nicht auf gegebene Vorannahmen der umfangreichen quantitativen Untersuchung des Phänomens stützt. Ziel war die Skizzierung der „Stresslandschaft“, in der sich Patienten vor einem chirurgischen Eingriff bewegen, auf einem leeren Blatt. Sofern herausragende Punkte in dieser Landschaft, also gut abgrenzbare einzelne Stressoren, identifiziert werden konnten, sollte versucht werden, diese in das Gesamtbild einzubetten und in ihren Beziehungen zu anderen Stressoren darzustellen. Es sollten dabei, wenn möglich - und hier wiederum analog zu Janis -, auch Hypothesen zu Umgang und Einstellung der Patienten zu dem Problem der anstehenden Operation und den möglicherweise neuen Stressoren generiert werden.

Eine Ausgangsüberlegung zur Erhebung der Stressoren war, nicht auf bereits vorhanden Fragebögen zurückzugreifen. Auch die Erstellung eines eigenen Fragebogens wäre nicht sinnvoll gewesen, weil dies bereits möglicherweise modellhaft geprägte Vorüberlegungen und Hypothesen bezüglich der wirkenden Stressoren voraussetzte, die zu erstellen ja gerade Ziel der Untersuchung sein sollte. Natürlich ist der Anspruch unrealistisch, die Kenntnis der bisherigen Untersuchungsergebnisse und medizinisozologischen und -psychologischen Modelle, die sich auch seit 1988 ergeben haben, während der Untersuchung auszublenden und die Untersuchung völlig frei von vorgeprägten Mustern durchzuführen. Dennoch sollte der Versuch unternommen werden, diese Vorannahmen auf ein Minimum zu reduzieren und während der Untersuchung mit den erhobenen Daten zu reflektieren, um sie anschließend in der Diskussion mit den gewonnenen Erkenntnissen zu integrieren. Die erstellte Skizze sollte quasi mit verfügbaren Theorien und Modellen abgeglichen werden, um diese, wo nötig, zu ergänzen oder für die konkrete Situation des Untersuchungsbereiches zu präzisieren. Daher wurde die im Folgenden erläuterte Methodik der Grounded Theory nach Barney G. Glaser gewählt, die die genannten Voraussetzungen erfüllen konnte.

Theoretischer Hintergrund der Grounded Theory

2.1. Grundprinzip der Grounded Theory

Grounded Theory ist eine ab 1967 von Barney G. Glaser und Anselm Strauss entwickelte Methodik, die auf Deutsch ungefähr als „datenbezogene Theorie“ übersetzt werden kann (Glaser und Strauss 1967). Ihr Ziel ist nicht die Verifikation, sondern die Generation von neuen Theorien und Hypothesen (Goulding 1998), auch wenn beides, Generation und Verifikation, zum wissenschaftlichen Fortschritt gehören und notwendig sind. Eine durch die Grounded Theory-Methodik generierte Hypothese steht daher einer anschließenden statistischen Überprüfung zur Verfügung und bedarf ihrer in den meisten Fällen zur wissenschaftlichen Akzeptanz. In diesem Sinne kann das Vorgehen der Grounded Theory als induktive Methodik bezeichnet werden, die aus der Beobachtung und Analyse von Einzelfällen Theorien generiert, die nach Möglichkeit ebenfalls für allgemeinere Sachverhalte gelten sollen. Zwar sieht Glaser in der Selbstbeschreibung die Grounded Theory gleichermaßen auch als deduktive, von einer allgemeinen Theorie auf den speziellen Fall schlussfolgernde Methodik an, da gemäß den Kriterien der „theoretischen Sättigung“ (s.u.) die Ergebnisse ohne weiteres anwendbar und somit praktisch überprüfbar, mithin modifizierbar seien. Jedoch wird diese theoretische Sättigung in der Praxis häufig nicht erreicht, so dass eine deduktive Überprüfung der Theorie durch andere Methoden weiterhin notwendig scheint (Breuer 1999).

Im Mittelpunkt der Untersuchungen vorrangig sozialwissenschaftlicher Gebiete steht dabei ein Hauptproblem, dessen kontinuierliche Lösung durch die Beteiligten als Schwerpunkt eines theoretischen Erklärungsmodells beschrieben werden soll (Merriam und Simpson 2000).

Grundsätzlich geht die Grounded Theory-Methodik davon aus, Theorien aus erhobenen Daten (vorrangig gesellschaftswissenschaftlicher Untersuchungen) zu erschaffen, die durch ihre Datenbezogenheit zwar erweitert, aber nicht grundlegend verworfen werden können. Eine solchermaßen entstandene Theorie soll nach Möglichkeit Vorhersagbarkeit und Erklärbarkeit menschlichen Verhaltens ermöglichen und dabei zur Kontrolle sozialer Prozesse praktisch anwendbar sein. Inhaltlich soll sie soweit relevant sein, dass eine neue Forschungsperspektive aufgezeigt und zum wissenschaftlichen Fortschritt beigetragen werden kann. Sie formuliert dadurch eine grundlegende methodische Herangehensweise an ein Forschungsgebiet (Glaser und Strauss 1998, Glaser und Strauss 1967, Glaser 1998).

Die Vorgehensweise soll nicht darin bestehen, zu empirisch gewonnenen Daten eine a priori vorgefasste Erklärung hinzuzufügen, sie quasi „überzustülpen“ oder für eine durch logisches Überlegen entstandene Hypothese passende Beispiele zu suchen, sondern die Erklärung der

Besonderheit der gewonnenen Daten aus den Daten heraus zu kreieren (Parker und Ruffey 1997). Der Untersucher orientiert sich an den Leitfragen „Was ist das Hauptproblem des Beteiligten? Wie lösen die Beteiligten dieses?“ (Glaser 1998). Außer diesen Fragen sollten keine vorher festgelegten Sichtweisen oder Fragestellungen auf den zu untersuchenden Problembereich angewandt werden. Zwar richtet sich das Augenmerk der Untersuchungen auf einen festgelegten Bereich sozialen Lebens, der Kern der daraus resultierenden Theorie kann jedoch im Voraus nicht bekannt sein (Rindell 2009). Somit definiert sich die Methodik selbst als entdeckungsorientiert mit offenem Ende (Rennie 1995b, Rennie 1995a). Vom Untersucher werden dabei Kreativität, Beharrlichkeit sowie konzeptuelle Sensibilität und geistige Flexibilität als einzige Voraussetzungen verlangt (Miles und Huberman 1994).

Der enge Bezug zu den sich stetig im Wandel befindenden empirischen Daten bringt es mit sich, auch die sie beschreibende Theorie als einen Prozess anzusehen. Mithin ist diese Theorie nie abgeschlossen, sondern entwickelt sich fortwährend weiter.

Zu unterscheiden sind zwei grundlegenden Arten datenbezogener Theorien: konkret-substantielle Theorie und formelle Theorie. Während erstere sich auf ein spezifisches Gebiet empirischer sozialwissenschaftlicher Forschung wie z.B. das Verhalten von Ärzten oder Patienten einer bestimmten medizinischen Abteilung bezieht, hebt die formelle Theorie mehrere spezifische Theorien, die sich auf das selbe Kernproblem beziehen, auf eine höhere Ebene und ist unabhängig von Zeit und Ort der konkreten Untersuchung (Glaser 2007). Beispiele dafür wären die Verarbeitung schicksalhafter Lebensereignisse im Allgemeinen oder Grundsätze von Kundenorientierung aller Dienstleistungsbereiche. Bei der sozialwissenschaftlichen Forschung wird eine substantielle Theorie mit spezifischen, bereichsbezogenen Konzepten zuerst entstehen, die dann zu einer formellen Theorie erweitert werden kann.

Da die Grounded Theory eine allgemeine Herangehensweise, gewissermaßen eine Grundeinstellung zu empirischer Wissenschaft ist, kann sie auf jede Form von Daten angewendet werden (Holton 2007). Sie ist nicht ausschließlich auf qualitative Untersuchungen fixiert, sondern auch für quantitativ erhobene Daten geeignet (Jones 2009). Ebenso können neben selbst erhobenen Primärdaten auch Sekundärdaten von bereits durchgeführten Untersuchungen verwendet werden. Selbst eine reine Literaturrecherche kann nach der Grounded Theory-Methodik ausgewertet werden. Gleichwohl ist die Anwendung zur Analyse qualitativer Daten, insbesondere Interviews, die am meisten verbreitete Form. In diesem Sinne wurde sie auch in der vorliegenden Arbeit genutzt: Als „systematisches Sammeln, Ordnen und Interpretieren von Textmaterial aus Gesprächen oder Beobachtungen“, als das Malterud unter Berufung auf Lincoln, Miles, Britten und Kvale eine qualitative Untersuchung charakterisiert (Britten et al. 1995, Kvale 1996, Lincoln und Guba 1985,

Miles und Huberman 1994, Malterud 2001).

2.2. Vor- und Nachteile qualitativer Untersuchungen

Auch wenn die Grundlage – die Auswertung empirischer Beobachtungen zur Beantwortung spezifischer oder genereller Problemstellungen – bei qualitativer und quantitativer Vorgehensweise ähnlich ist, unterscheidet sich die Vorgehensweise doch in einigen Punkten voneinander (Sechrest und Sidani 1995). Dies bringt für die konkrete Fragestellung verschiedene Vor-, aber auch etliche Nachteile mit sich, die bei der Auswertung der Untersuchung und der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind (Johnson und Onwuegbuzie 2004).

Bei der für die vorliegende Untersuchung gewählten qualitativen Vorgehensweise kann, im Gegensatz zu einem quantitativen Ansatz, ein komplexes Phänomen wie chirurgischer Stress beschrieben werden, ohne eine durch definierte Skalen oder Fragebögen gesetzte Grenze des Untersuchungsobjektes beachten zu müssen. Während ein quantitatives Messinstrument abhängig von seiner Objektivität, Reliabilität und Validität unabhängig vom Untersucher einen bestimmten zu messenden Wert exakt und reproduzierbar wiedergeben und damit eine Hypothese testen kann, ist es gleichsam auf diesen und keinen anderen Wert beschränkt. Eine Erweiterung der Untersuchung aufgrund während der Untersuchung gewonnener Erkenntnisse oder gar die Verlagerung des Untersuchungsschwerpunktes ist nicht oder nur unter großem Aufwand möglich. Auf diese Art und Weise könnten inhaltlich bedeutsame Phänomene, die in den Vorüberlegungen nicht berücksichtigt wurden, verpasst werden. Durch die Möglichkeit der Anpassung der Untersuchung können auch dynamische Prozesse beobachtet und wiedergegeben werden, mit deren Auftreten immerhin zu rechnen ist. Der gewählte qualitative Ansatz versucht zudem sicherzustellen, dass die gewonnenen Erkenntnisse die Sichtweise und Interpretation von Sachverhalten der betroffenen Patienten mindestens berücksichtigen und möglicherweise auch integrieren können, um der Gefahr zu entgehen, lediglich die Kategorien und Theorien des Untersuchers in den Daten „wiederzufinden“. Allerdings besteht die Gefahr, statt bewusst festgelegter Theorien und Hypothesen die unbewussten Denkmuster und Vorannahmen des Untersuchers in den Ergebnissen wiederzufinden, die daher offengelegt und reflektiert werden müssen. Wird das berücksichtigt, kann anhand der analysierten Daten ein möglichst detailliertes und reichhaltiges Bild der Realität gezeichnet werden, das die lokalen und zeitgebundenen Kontexte des Krankenhausaufenthaltes bzw. der Zeit vor einer Operation berücksichtigt und nicht bloß abstraktes Wissen bleibt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwar beschrieben, Einflüsse von möglichen Störfaktoren aber weniger exakt als bei einer quantitativen Untersuchung beispielsweise durch Multifaktorenanalyse ausgeschlossen werden können. Relativiert wird diese Einschränkung jedoch durch eine erkenntnistheoretische Grundannahme qualitativer Forscher, die die Möglichkeit einer

vollständigen Differenzierung von Ursache und Wirkung verneint (Guba 1990).

Die Datenerhebung kann bei einer qualitativen Untersuchung in möglichst alltagsnahen Situationen stattfinden, was die Verzerrungseffekte durch künstliche Fragebogensituationen mit dem daraus entstehenden veränderten Bewusstsein der Patienten verringern kann. Bei der Schilderung der Ergebnisse können zuletzt einzelne Fallbeispiele herangezogen werden, um die theoretischen Erkenntnisse anschaulicher darzustellen. Hieran zeigt sich jedoch auch ein nicht unerheblicher Nachteil qualitativer Untersuchung: Bei guter Anwendbarkeit auf den untersuchten lokalen Kontext ist eine die Testung der gewonnenen Hypothesen und eine Verallgemeinerung auf andere Situationen und Kontexte wie bei einer gut randomisierten quantitativen Untersuchung nicht in jedem Fall zulässig, sondern muss mit neuen, zumindest ergänzenden Untersuchungen validiert werden. Auch ist die Vorhersage von quantitativen Werten wie einer messbaren Höhe des Stresses aufgrund einer qualitativen Untersuchung nahezu unmöglich, lediglich relative, vergleichende Wertbeschreibungen lassen sich als Annäherung angeben.

Unter Berücksichtigung der genannten Vor- und Nachteile sowie der Zielstellung, ein Denkmodell bei weitestgehender Freiheit von Vorannahmen zu erstellen, um es anschließend vergleichen zu können, war der Anwendung einer qualitativen Methodik zur Theorie- bzw. Modellgenerierung der Vorzug zu geben. In einem zweiten Schritt könnte diese dann quantitativ überprüft und verifiziert, widerlegt oder korrigiert werden. Dieser sollte jedoch nicht vor dem ersten gemacht werden.

2.3. Grundbegriffe der Grounded Theory

2.3.1. Grundelemente

Die Grundelemente einer datenbezogenen Theorie – „Grounded Theory“ –, gleich ob substantiell oder formell, sind identisch. Es sind dies konzeptuelle Kategorien und ihre Eigenschaften sowie Hypothesen im Sinne allgemeiner Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien.

Eine Kategorie oder Kode ist ein konzeptuelles Element einer Theorie, ihre Eigenschaften sind konzeptuelle Aspekte einer Kategorie, also wiederum Elemente einer Kategorie. Kategorien und ihre Eigenschaften werden zwar durch Daten aufgezeigt, sind jedoch nicht die Daten selbst, sondern konzeptuelle Abstrahierungen derselben (Glaser 2003). Diese können konkrete Dinge, Situationen, Personen oder Gruppen bezeichnen - sogenannte substantielle Kodes -, aber auch deren Beziehungen untereinander in Form theoretischer Kodes wie beispielsweise sozio-psychologische oder innerpsychische Prozesse.

Selten können Kategorien von bereits existierenden Theorien auf erhobene Daten angewendet werden, wobei jedoch aufmerksam darauf geachtet werden muss, ob sie tatsächlich den eigenen Daten entsprechen oder den Daten „aufgezwungen“ werden müssen. Im Allgemeinen sollten die Kategorien den Daten entspringen und nach Fertigstellung der Theorie mit der bereits vorhandenen Literatur verglichen werden. Im Verlauf einer Untersuchung entstehen vielfältige Kategorien, die durch unterschiedliche Ebenen der Generalisierung gekennzeichnet sind und damit die Vielfältigkeit der zugrundeliegenden Daten widerspiegeln. Sie sollen sowohl analytisch, also die Daten auf eine zugleich möglichst allgemeine, aber immer noch charakteristische Weise erfassend, als auch veranschaulichend, leicht in eigene Erfahrungen übertragbar, sein. Durch das Ziel, ein Kernproblem zu beschreiben, verdichten sich die Kategorien im Verlauf einer Untersuchung zu einer Kernkategorie, die mit allen anderen in Beziehung steht und möglichst viele der beobachteten Phänomene erklärt.

Verknüpft werden die Kategorien durch Hypothesen, die Beziehungen zwischen ihnen verdeutlichen. Anfangs - unmittelbar nach Beginn der Datenerhebung - sind dies lediglich ungesicherte Annahmen, die stets an sich durch die Daten ergebende neue Perspektiven angepasst und verändert werden müssen. Selbst nach Fertigstellung und Veröffentlichung einer Theorie endet dieser Anpassungsprozess nicht. Im gleichen Sinne muss in einer entstehenden Theorie stets Platz für neue Kategorien sein, die sich aus weiteren Untersuchungen ergeben. Ziel ist, die Wirklichkeit möglichst vollständig mit einer Theorie zu beschreiben und dabei die Theorie der Wirklichkeit anzupassen - nicht umgekehrt.

2.3.2. Komparative Analyse

Der Vorgang der Generierung einer datenbezogenen Theorie wird als komparative (vergleichende) Analyse bezeichnet. Sie zeichnet sich durch Evidenz, empirische Generalisierung und konzeptuelle Spezifizierung aus (Glaser und Strauss 1967).

Mit Evidenz sind nicht bloße Fakten als Grundlage der Theorie gemeint, sondern konzeptuelle, also ein theoretisches Konstrukt beschreibende Kategorien, die aus den gewonnenen Fakten erzeugt und durch einzelne Datenbeispiele in einem Konzept-Indikator-Modell lediglich illustriert werden (Schwandt 2001). Dabei können sich die zugrundeliegenden Begebenheiten durchaus ändern, während die durch sie aufgezeigte Kategorie erhalten bleibt.

Die empirische Generalisierung bringt die Forderung nach der Fähigkeit, soziales Verhalten vorherzusagen, zum Ausdruck, während die konzeptuelle Spezifizierung das Bestreben, das einem sozialen Phänomen zugrundeliegende spezifische Problem zu identifizieren, meint.

Der Prozess der Theoriegenerierung mittels komparativer Analyse beinhaltet zugleich die Beschreibung empirischer Sachverhalte und die Bestätigung daraus gewonnener Kategorisierungen. Der Bezug einer Kategorie zu den Daten soll nicht erzwungen, sondern in zugrundeliegenden Mustern von Gemeinsamkeiten und Unterschieden erkannt werden. Dabei ist die genaue Anzahl der für eine Kategorie notwendigen Daten nicht wesentlich. Während eine einzelne Begebenheit zur Erstellung einer Kategorie ausreicht, wird sie durch den Vergleich mit weiteren Begebenheiten dieser Art bestätigt und empirisch gesättigt. Das Hauptziel ist dabei nicht eine möglichst vollständige Beschreibung aller Einzelfälle eines Forschungsgebietes, sondern eine theoretische Erklärung für einen Großteil des relevanten Verhaltens der Beteiligten.

2.3.3. Theoretisches Sampling

Das theoretische Sampling bezeichnet den Prozess der Datenauswahl in der Grounded Theory-Methodik und ist grundlegend für diese (Charmaz 2000). Es beruht darauf, gleichzeitig Daten zu erheben, zu kodieren und zu analysieren. Auf dieser Grundlage soll entschieden werden, welche Daten als nächstes erhoben werden sollen. Die Datenerhebung wird somit durch die sich in der Auswertung ergebende Theorie aktiv gesteuert und kontrolliert (Breckenridge 2009). Im weiteren Sinne wird als Datenerhebung nicht bloß der reine Auswahlprozess der Probanden bezeichnet, sondern auch die im Interview zu stellenden Fragen als Form der Auswahl theoretischer Inhalte (Pergert 2009). Damit einher geht die Unmöglichkeit, die Datenerhebung und deren Dauer detailliert im Voraus zu planen. Die initialen Entscheidungen zum Beginn der Datenerhebungen dürfen nicht durch bereits vorhandene Konzepte oder Annahmen gesteuert werden, sondern sollen - je nach Möglichkeiten des Untersuchers - so frei und allgemein wie möglich geschehen (Glaser und

Holton 2004). Natürlich sollte erwogen werden, dort zu beginnen, wo Menschen, die dem zu untersuchenden Gebiet angehören, zu erwarten sind (Polit und Hungler 1999). Jedoch sollte diese Form der Selektion von Probanden so bald als möglich zugunsten der sich ergebenden theoretischen Bedürfnisse der erstellten Kategorien aufgegeben werden (Morse 2008). Die Sensitivität des Untersuchers, also die Fähigkeit, sich während der Untersuchung ergebende Kategorien und Hypothesen zu erkennen, entwickelt sich dabei mit der Untersuchung fortwährend weiter. Theoriegenerierung findet als induktiv-deduktives Wechselverhältnis statt (Witzel 2000). Als Kriterien für die Auswahl neuer Datenquellen kommt somit in der Hauptsache die theoretische Relevanz zur Weiterentwicklung der entstandenen Theorie in Betracht, nicht jedoch strukturelle Bedingungen oder Vorgaben wie beispielsweise die prinzipielle statistische Balance der Geschlechter der untersuchten Patienten, auch wenn der Untersucher diesen häufig unterworfen ist und ihnen Tribut zollen muss.

Grundlage für die Auswahl der zu vergleichenden Gruppen und Probanden ist der Vergleich zwischen gleichen oder unterschiedlichen Begebenheiten, die auf dieselben Kategorien oder Eigenschaften von Kategorien verweisen. Eine umfangreiche und detaillierte Beschreibung aller Einzelfälle verfehlt das Ziel der Untersuchung. Der Vergleich einzelner Begebenheiten miteinander im Sinne einer möglichst vollständigen Beschreibung des Untersuchungsgebietes kann dadurch nur so weit helfen, wie noch keine Kategorien erstellt sind. Nachdem dies der Fall ist, werden einzelne Begebenheiten nur noch mit Kategorien verglichen. Da die infrage kommenden Kategorien nicht im Voraus feststehen (sollten), sind Anzahl und Art der Vergleichsgruppen vor Abschluss der Untersuchung unmöglich genau zu bestimmen. Der Vergleich relativ ähnlicher Vergleichsgruppen ermöglicht die anfängliche Etablierung von Kategorien, die jeweils innerhalb ähnlicher Bedingungen existieren. Je nach Möglichkeit und Ressourcen des Untersuchers empfiehlt sich im Weiteren, so viele unterschiedliche Gruppen bzw. Personen wie möglich zu vergleichen, um die Spannweite der möglichen Entwicklungen von Kategorien möglichst weit zu halten. Zu untersuchen ist dabei, wie die Eigenschaften der Kategorien unter verschiedenen Bedingungen variieren. Die Auswahl der Gruppen aufgrund ihrer unterschiedlichen Eigenschaften – jedoch nicht zwangsläufig ihre Anzahl - beeinflusst somit die Reichweite und konzeptuelle Ebene der Theorie. Gerade der Vergleich möglichst unterschiedlicher Gruppen ermöglicht das Entstehen einer formellen Theorie mit hohem Erklärungspotential.

Das theoretische Sampling wird generell fortgesetzt, bis eine theoretische Sättigung der Kategorien und ihrer Eigenschaften erreicht ist. In diesem Zustand können keine zusätzlichen Daten gefunden werden, die zu einer Weiterentwicklung der Kategorien beitragen. Effektiv sind bei der Entscheidung zur Einstellung des Sampling mehrere Faktoren beteiligt. Hauptsächlich sind dies die

empirischen Grenzen der Daten, die bisher erreichte Integration, Dichte und Stabilität der Theorie sowie die Sensitivität des Untersuchers, der keine weiteren Zusammenhänge zu erkennen vermag. Eine theoretische Sättigung wird jedoch nicht durch eine einzige Begebenheit in einer Gruppe erreicht. Diese kann lediglich eine Kategorie mit einigen Eigenschaften aufzeigen, die durch weitere Begebenheiten in anderen Gruppen entwickelt wird. Danach sollten Unterschiede zwischen den Gruppen maximiert werden, um eine Vielzahl an Kategorien zu entwickeln.

Von einer statistisch geleiteten Auswahl unterscheidet sich das theoretische Sampling, indem bei ersterem auf exakte Gleichverteilung der Gruppen in Bezug auf zu untersuchende Kategorien geachtet wird. Die statistische Auswahl ist dann ausreichend, wenn dieses Kriterium erfüllt ist. Bei theoretischem Sampling steht die Entdeckung von Kategorien und deren Beziehungen innerhalb einer Theorie im Vordergrund. So versucht das theoretische Sampling, möglichst unterschiedliche Blickwinkel hinsichtlich einer Kategorie zu erreichen. Dafür kommen auch unterschiedliche Formen von Daten in Betracht, die jeweils unterschiedliche strukturelle Bedingungen für Kategorien zum Ausdruck bringen können. Damit wird wiederum deutlich, dass die Grounded Theory-Methodik nicht ausschließlich für qualitative Untersuchungen anwendbar ist. Gleichmaßen können quantitative Erhebungen ausgewertet werden. Bei allen Daten, gleich welcher Form, sind nicht die jeweiligen Einzelfälle innerhalb der Daten von Bedeutung, sondern die Kategorien, die sie aufzeigen. Diese müssen für das zu untersuchende Problem Relevanz besitzen. Durch die Reduzierung der Feldnotizen auf die für die bisherigen Kategorien relevanten Daten kann die mitunter enorme Datenmenge im Verlauf einer Untersuchung reduziert und die Untersuchung effizient gestaltet werden.

2.3.4. Kodieren

Als Voraussetzung des theoretischen Sampling müssen die erhobenen Daten parallel zu ihrer Erhebung analysiert werden. Dies geschieht durch Kodieren und das Erstellen von analytischen Memos - Hypothesen über die Beziehungen der Daten untereinander. Dabei wird die Kreativität des einzelnen Untersuchers genutzt und gefördert, um auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen Hypothesen zu generieren. Eine gleichzeitige Testung und statistische Verifikation dieser Hypothesen kann sie nicht leisten, da die erhobenen Datenmengen meist nicht umfangreich genug sind. Ebenso werden zwei Untersucher, die diese Methode im selben Gebiet anwenden, wahrscheinlich zu nicht völlig gleichen Ergebnissen kommen.

Das Ziel des Kodierens ist theoretische Sättigung der Daten, um verlässliche Kategorien und deren Eigenschaften zu generieren. „Vollständigkeit“ der Daten, also Erfassung aller theoretisch möglichen Fälle eines Untersuchungsgebietes ist dabei in Bezug auf das oben beschriebene theoretische Sampling nicht möglich und notwendig. Eine Kernkategorie, die möglichst viel der in

den Daten enthaltenen Variationen erklärt, ist ein deutliches Zeichen für eine gesättigte Theorie (Breckenridge 2009). Durch die Herausbildung dieser Kernkategorie wird eine Reduzierung der Datenmenge erreicht, die den größten Teil des Verhaltens der Beteiligten erklärt und zu allen anderen Kategorien in Verbindung steht (Lazarsfeld 1958). Unter Fixierung auf diese Kernkategorie erzeugt die entstehende Theorie eine ihr eigene Selektivität, welche die Datenauswahl wiederum als Theoretisches Sampling leitet. In diesem Sinne unterschieden sich die inhaltlich eher offen gehaltenen Interviews zu Beginn der Untersuchung notwendigerweise von den späteren, mehr spezifischen und direkt auf die theoretische Sättigung der Kategorien abzielenden Interviews.

2.3.5. Memos

Wenn während des Kodierens Ideen zur weiteren Analyse oder Hypothesen bezüglich der Beziehungen zwischen den Kategorien entstehen, werden diese in Memos festgehalten (Glaser 1978). Die Memos funktionieren teilweise als Trigger, indem sich aufdrängende Fragen schriftlich fixiert werden und als Anhaltspunkt für die nächsten Interviews dienen. In ihnen durchmischen sich theoretische Denkansätze und Modelle mit den weiteren Untersuchungstechniken. Mithin sind sie gleichsam ein Abbild der Forschungs- und Lebenswirklichkeit, in der Fragen, Antworten und Theorien gleichberechtigt nebeneinander bestehen.

Während diese Memos anfangs meist relativ kurz sowie unspezifisch sind, werden sie im Verlauf der Untersuchung detaillierter und spezifischer, da sich Wissen über die Eigenschaften der Kategorien anhäuft und die Kategorien weiterentwickelt. Den beobachteten Fällen zugrundeliegende Phänomene werden im Verlauf der Untersuchungen in regelmäßig wiederkehrenden Mustern deutlich und Schritt für Schritt festgehalten. Somit entstehen während der Analyse nicht nur Kategorien, sondern Fundamente eines Theoriegebäudes zur Integration dieser Kategorien in eine Theorie.

2.3.6. Theoretisches Sorting

Die während des Kodierens erstellte Sammlung von Memos bildet die Grundlage für das endgültige Formulieren der Theorie. Zuvor müssen diese jedoch durch gezieltes Zuordnen und In-Beziehungsetzen sowohl zu einer Kernkategorie als auch - daraus folgend - zueinander geordnet werden. Dieser Prozess wird als theoretisches Sorting bezeichnet. Memos zu einzelnen Kategorien werden verglichen und nötigenfalls zusammengefasst, um die Kategorien, ihre Eigenschaften und die Beziehungen untereinander zu beschreiben und in einer Theorie zu integrieren (Glaser 2003). Im fortschreitenden Prozess kommt es zu mehrmaligem Umordnen und Neu-Ordnen der Memos, um im Verlauf des Ordnen entdeckte Beziehungen beschreiben und integrieren zu können (Scott 2009). Ziel ist es, den Vorgängen zugrunde liegende Gemeinsamkeiten zu entdecken und mit einem

möglichst kleinen Repertoire an Konzepten beschreiben zu können.

Ausgehend von einer derart gestrafften Theorie, können bis zum Abschluss der Untersuchungen einzelne Aspekte der Theorie schrittweise erweitert werden, wenn dies durch neu erhobene Daten notwendig erscheint. Auch fremde Literatur kann nach der Zusammenfassung der durch die Interviews gewonnenen Ergebnisse durch Sorting unter Beibehaltung der Prinzipien der konstanten komparativen Analyse in die entstandene Theorie integriert werden.

Methodik

1. Stichprobe

1.1. Auswahlkriterien

In die von Februar-April 2010 stattfindende Untersuchung wurden Patienten der allgemein-, viszeral- und gefäßchirurgischen Klinik des Universitätsklinikum Jena einbezogen, die zu dieser Zeit vor einem elektiven chirurgischen Eingriff standen. Vorausgesetzt wurde ein ausreichendes Zeitfenster, um vor der Operation ein Gespräch zu führen. Notfallpatienten, die einer sofortigen Operation bedurften, wurden somit nicht berücksichtigt. Weiterhin mussten die Patienten über 18 Jahre alt sowie in der Lage sein, in die Untersuchung einzuwilligen.

Über die Patienten der genannten Abteilungen hinaus wurden Patienten befragt, die zwar eine Operation geplant hatten, jedoch noch nicht in eine Klinik aufgenommen wurden bzw. deren Operationsort zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht feststand. Dies ergab sich aus dem oben theoretisch und im Folgenden praktisch erläuterten theoretischen Sampling.

Zu Beginn der Untersuchung gab es keine Ausschlusskriterien. Die Patienten mussten lediglich vor einem operativen Eingriff in der Lage sein, ein Gespräch zu führen. Erst im Verlauf der Untersuchung erfolgte ein theoretisches Sampling wie oben erläutert. Dabei wurden anhand der in den Gesprächen erhobenen Daten und des Theoriefragmentes Patienten aus dem tagesaktuellen Operationsprogramm ausgewählt. Im Verlauf der Untersuchung wurde dabei vor allem Wert auf die wahrgenommene Funktion der Patienten gelegt, die sich als wichtige Kategorie der Untersuchung ergab und entsprechend anhand äußerer Abschätzungen wie Alter und Geschlecht variiert wurde. Ebenfalls wurde der Zeitabstand des Interviews zur tatsächlichen Operation variiert, was zur oben genannten Erweiterung der Stichprobe auf noch nicht stationär aufgenommene Patienten führte.

Eine Erhebung körperlicher oder psychischer Komorbiditäten fand nicht gezielt statt. Von den
gefragten Patienten lehnte kein Patient die Befragung ab.

1.2. Beschreibung der Stichprobe

Es wurden insgesamt 21 Patienten im Alter von 22 bis 82 Jahren befragt. 10 Patienten waren weiblich (M = 54,7 Jahre), 11 Patienten männlich (M = 62,6 Jahren), durchschnittliches Alter insgesamt 58,86 Jahre (SD = 13,05 Jahre).

Die bei den Patienten durchzuführenden Eingriffe stellen einen Ausschnitt des Spektrums der Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie sowie anderer operativer Disziplinen (Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) dar.

Eine Übersicht über die Patienten, die geplanten Eingriffe und die zugrunde liegende Grunderkrankung gibt Tabelle 1. Die in Klammern stehenden römischen Ziffern im Feld „geplanter Eingriff“ verweisen auf den Schweregrad der Operation nach den modifizierten John Hopkins-Kriterien (Donati et al. 2004, Pasternak 1996). Diese Kriterien bieten eine Möglichkeit, den Schweregrad von Operationen anhand einfach abschätzbarer Kriterien einzuteilen. Die Hauptkriterien sind dabei folgende:

Grad I:	<p>Minimales bis geringes, anästhesie-unabhängiges Operationsrisiko</p> <p>Minimal bis moderat invasiver Eingriff</p> <p>Potentieller Blutverlust bis 500ml</p> <p>Kein intensives postoperatives Monitoring notwendig</p> <p>Keine offene Organexposition, keine Operation an Gefäßen und Nerven</p> <p>Keine Prothesen und Entfernung größerer Organe</p>
Grad II:	<p>Moderates anästhesie-unabhängiges Operationsrisiko</p> <p>Moderater bis signifikant invasiver Eingriff</p> <p>Potentieller Blutverlust 500-1500ml</p> <p>Keine offenen thorakalen oder intrakraniellen Operationen, keine Operationen an großen Gefäßen</p> <p>Kein geplantes intensives postoperatives Monitoring</p>
Grad III:	<p>Hohes bis kritisch hohes anästhesie-unabhängiges Operationsrisiko</p> <p>Hoch invasive Eingriffe</p> <p>Potentieller Blutverlust über 1500ml</p> <p>Geplanter postoperativer Aufenthalt auf einer Intensivpflegestation</p> <p>Alle intrakraniellen und offenen kardiothorakalen Eingriffe</p>

Alle befragten Patienten werden aufgrund der Spezifität der Abteilungen, auf denen die Befragungen durchgeführt wurden, in Grad I oder II der John-Hopkins-Kriterien eingeordnet, ohne dass dies jedoch eine prinzipielle Beschränkung der Befragungsmöglichkeit darstellte.

Angegeben ist weiterhin der Operationen- und Prozedurenschlüssel der durchgeführten Operation (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010). In der Beschreibung der Ergebnisse verweisen die hinter Zitaten und der Schilderung von Sachverhalten genannten in Klammern stehenden Interviewnummern auf die hier aufgeführten Patienten, um eine einfache Zuordnung zu ermöglichen.

Tabelle 1: Übersicht über die befragten Patienten

Patient	Geschlecht	Alter	Grunderkrankung	ICD 10	geplanter Eingriff	OPS
01	weiblich	45	Morbus Cushing	E24.0	Nebennierenrinden-adenomeexzision (II)	5-071.01
02	männlich	62	Hernia inguinalis	K40.90	Hernienreparation (I)	5-530.1
03	weiblich	48	Struma nodosa	E04.9	Thyroidektomie (I)	5-063.0
04	männlich	53	Hepatozelluläres Karzinom	C22.0	Leberteilresektion (II)	5-502.0
05	männlich	82	Hernia epigastrica	K43.9	Hernienverschluß(I)	5-535.30
06	weiblich	72	Struma nodosa	E04.90	Thyroidektomie (I)	5-063.0
07	weiblich	57	Gallenblasenkarzinom	C23	Cholezystektomie, Leberteilresektion (II)	5-511.02 5-502.0
08	männlich	51	chronische Pankreatitis	K86.1	Stentimplantation (Pankreas) (I)	5-529.xx
09	männlich	64	Prostatakarzinom mit Lebermetastasen	C61, C78.7	Leberteilresektion (II)	5-502.0
10	männlich	60	suprasphinktäre Analfistel	K60.3	Fistelexzision (I)	5-491.13
11	männlich	68	Karzinom	C80	ZVK-Anlage (I)	8-831.0
12	weiblich	60	Rektumkarzinom	C20	Port-Implantation (I)	5-399.5
13	männlich	60	Rektumkarzinom	C20	Ileostomarückverlagerung (II)	5-465.1
14	weiblich	51	symptomatische Lebercyste	K76.8	Zystenentfernung (II)	5-501.1x
15	männlich	52	Chronische Niereninsuffizienz mit sekundärem Hyperparathyreodismus	N18.0, N25.8	Thyroidektomie (I)	5-063.2
16	weiblich	64	Rektumadenom	D12.8	Ileostomarückverlagerung (II)	5-465.1
17	männlich	73	pAVK mit Zehennekrosen	I73.9	Zehenamputation (I)	5-865.7
18	männlich	64	Thrombosierung der Iliakalarterien	I74.5	Thrombendarteriektomie der Iliakalarterien(II)	5-381.53
19	weiblich	78	pAVK der Femoralarterien	I73.9	Venenbypass (II)	5-393.54
20	weiblich	50	connatale Hüft dysplasie	Q65.8	Hüft-Totalendoprothese (II)	5-820.0x
21	weiblich	20	rezidivierender Detritus der Tonsillen	J35.9	Tonsillektomie (I)	5-281.2

Die in Klammern stehenden römischen Ziffern im Feld "geplanter Eingriff" geben den Schweregrad der Operation nach modifizierten John Hopkins-Kriterien an.

2. Durchführung

2.1. Interviews

Mit allen Patienten wurden Interviews zur Datenerhebung geführt. Diese Form der Datenerhebung erwies sich als am besten geeignet, da in Interviews sowohl das „*Wie* menschlichen Verhaltens als auch das *Was*“ betrachtet werden kann (Fontana und Frey 2005).

Die Aufklärung über Sinn und Zweck der Untersuchung erfolgte mittels eines Aufklärungsbogens und wurde durch eine schriftliche Einwilligung der Patienten bestätigt (vgl. Anhang 3). Alle angefragten Patienten stimmten der Durchführung des Interviews zu. Zu jeder Zeit bestand die Möglichkeit, von der Befragung zurückzutreten, wobei kein Patient davon Gebrauch machte. Die Untersuchung wurde im Vorfeld bei der Ethikkommission angezeigt, ein positives Votum lag vor (vgl. Anhang 2).

Inhaltlich waren die Interviews zu Beginn sehr offen gehalten und bezogen neben den Gedanken zur bevorstehenden OP, dem Verhältnis zu den behandelnden Ärzten und der Krankheitsgeschichte auch die familiäre und berufliche Situation sowie die Biographie des Patienten mit ein. Dabei wurde Wert darauf gelegt, die Patienten von sich aus reden zu lassen und im Gespräch hauptsächlich Themen aufzugreifen bzw. auf solche näher einzugehen, die die Patienten zuvor erwähnt haben. Hinter dieser Vorgehensweise steht die Logik der Grounded Theory-Methodik, dass sich die Fragen aus den Interviews heraus ergeben und nicht vorgefasst sind (Xie 2009). Aus diesem Grund wurde auch auf einen vorgefertigten Interview-Leitfaden verzichtet. Im Verlauf der Untersuchung ergaben sich aus den durch zeitnahe Auswertung der Interviews und Anfertigen der Memos gewonnenen Erkenntnissen präzisere Fragen, die in den nachfolgenden Interviews zu einer immer direkteren Vorgehensweise führten und die erstellten Kategorien durch gezieltes Erfragen schärften bzw. in ihren Eigenschaften weiter ausleuchteten. Durch die Aufklärung wurde den Patienten zu verdeutlichen versucht, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gebe, da sie selbst mit ihrer Auffassung bezüglich ihrer OP im Mittelpunkt der Untersuchung stehen (Roderick 2009).

Gemäß der von Glaser beschriebenen Vorgehensweise kam kein Tonbandmitschnitt von Gesprächen zum Einsatz (Glaser 1998). Stattdessen wurden die geführten Interviews direkt im Anschluss vom Untersucher als Gedächtnisprotokoll inklusive der bei den Patienten gemachten Beobachtungen ihrer Verhaltensweisen notiert. Ein ungefährer Zeitrahmen der Interviews reicht von 5 Minuten bis zu 1,5 Stunden, wobei die Interviews tendenziell mit fortschreitender Untersuchung kürzer wurden.

2.2. Theoretisches Sampling

Neben der Konkretisierung der Fragestellung ergaben sich aus der Auswertung der Interviews Theoriefragmente, Hypothesen und weitere offene Fragen bzw. Ergänzungsbedarf der Kategorien. Diese waren entscheidend für die Auswahl der nachfolgenden Patienten aus dem Tagesoperationsprogramm. Unter anderem wurde wie oben erwähnt die Kategorie der „wahrgenommenen Funktion“ durch Theoretisches Sampling versucht auszubauen, bis in nachfolgenden Interviews keine neuen Patientenperspektiven gewonnen werden konnten, also annähernd theoretische Sättigung erreicht wurde. Ein sehr grober orientierender Indikator für diese Präzisierung der Fragestellung und Sättigung der Kategorie war der Zeitaufwand des Interviews, der im Verlauf der Untersuchung tendenziell abnahm, wenn bei zielgerichteter Exploration und Ausleuchten der Kategorien kaum neue Erkenntnisse gewonnen wurden.

2.3. Komparative Analyse und Kodieren

Zunächst wurden die im Interview gewonnenen Daten Zeile für Zeile durchgesehen und jede Begebenheit zu so vielen Kategorien wie möglich zugeordnet. Die Kategorien wurden am Rand der Untersuchungsnotizen vermerkt und auf Karteikarten (Memos, s.u.) übertragen. Dabei wurden die Kategorienamen gewissermaßen „naiv“ beschreibend entwickelt, d.h. ohne Bezug zu existierenden Theorien oder Modellen. Während des Kodierens wurde jeder Einzelfall mit vorhergehenden Einzelfällen derselben Kategorie verglichen. Dadurch entstanden Eigenschaften, die die Kategorien näher beschreiben. Der Prozess des Kodierens wurde nicht nur im Anschluss an die Interviews, sondern auch bei Auswertung der Memos und dem theoretischen Sorting weitergeführt. Dadurch konnten sich Codes und die dadurch bezeichneten Kategorien auch nach Auswertung der Interviews noch verändern.

Zwei Arten von Kategorien und Eigenschaften ließen sich dabei feststellen: Solche, die durch den Untersucher erstellt wurden, also analytischer Natur sind und solche, die direkt aus der Untersuchungssituation entnommen werden konnten, oft in der Wortwahl der Betroffenen. Letztere beschreiben meist laufende Prozesse und Verhalten der Beteiligten.

Zeitgleich zur Zuordnung der Einzelfälle zu Kategorien wurden die Einzelfälle nicht nur untereinander, sondern auch mit bereits vorhandenen Kategorien verglichen. Im fortwährenden Verlauf der Untersuchung ergaben sich immer weniger gravierende Veränderungen der Kategorien. Nachdem sich eine Kernkategorie herauskristallisiert hatte, wurden die Kategorien unter Bezugnahme auf die Kernkategorie selektiert und so weit wie möglich generalisiert und zusammengefasst. Dabei wurden nur noch Begebenheiten, die auf neue Aspekte hindeuten, kodiert. Im Hinblick auf diese Kernkategorie wurden vorläufige Kategorien mitunter in mehrere

Bedeutungsebenen aufgeteilt, so dass beispielsweise ein Ereignis für mehrere Kategorien bedeutsam sein kann. So entstand eine an den Daten orientierte Theorie, deren Blickwinkel so weit wie möglich gehalten ist.

2.4. Memos

Bei den in der Untersuchung verwendeten Memos handelt es sich um einfache Karteikarten, auf die Kategorien und Hypothese, versehen mit Zitaten aus den Interviews, festgehalten wurden. Die Überschrift bezeichnen vorläufige Kategorien, die jedoch im Verlauf der komparativen Analyse und des Sortings verändert, abstrahiert und zusammengefasst wurden. Die Memos wurden entsprechend der Interviewnummer gekennzeichnet und mit einem Datumscode versehen. Wie in Kapitel 2.3.5. ausgeführt, wurden die Memos direkt im Anschluss an die Interviews parallel zum Kodieren erstellt. Gewissermaßen bilden sie Kommentare zu den Codes und entwickeln einzelne Kategorien weiter oder beschreiben Verknüpfungen zwischen den Kategorien. Ausgehend von den Memos wurden die Ergebnisse der Untersuchung schriftlich beschrieben und die Theorie entwickelt. Oft bilden die Memos die mit ihren Deskriptionen und Analysen die begriffliche Grundlage für die entstandene Theorie. Auch während der Verschriftlichung der Ergebnisse und der Literatursichtung zur Diskussion der Ergebnisse wurden die Memos weitergeführt und in den Theoriebildungsprozess eingebaut.

Die nach dem theoretischen Sorting digitalisierten Memos sind in Anlage 4 mit Zuordnung zu den endgültigen Kategorien aufgeführt. Die Originale der Memos, einschließlich der zerschnittenen Memos, wurden durch den Untersucher archiviert.

2.5. Theoretisches Sorting

Nach Abschluss der eigentlichen Untersuchung wurden die Memos nochmals gesichtet und anhand ihrer Inhalte bestimmten Kategorien zugeordnet, also gestapelt. Da mitunter auf einer Memo mehrer unterschiedliche Gedanken vorhanden waren, die unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden konnten, wurden manche Memos zerschnitten, um die Zuordnung zu ermöglichen. Diese Zuordnungen/Stapel wurden zueinander plastisch in Beziehung gesetzt, um die Wechselwirkungen der Kategorien miteinander zu veranschaulichen. Dieser Zuordnungsprozess wurde selbst wiederum durch das Führen von Memos begleitet. Abbildung 1 gibt einen Eindruck der praktischen Durchführung dieses Sortingprozesses.

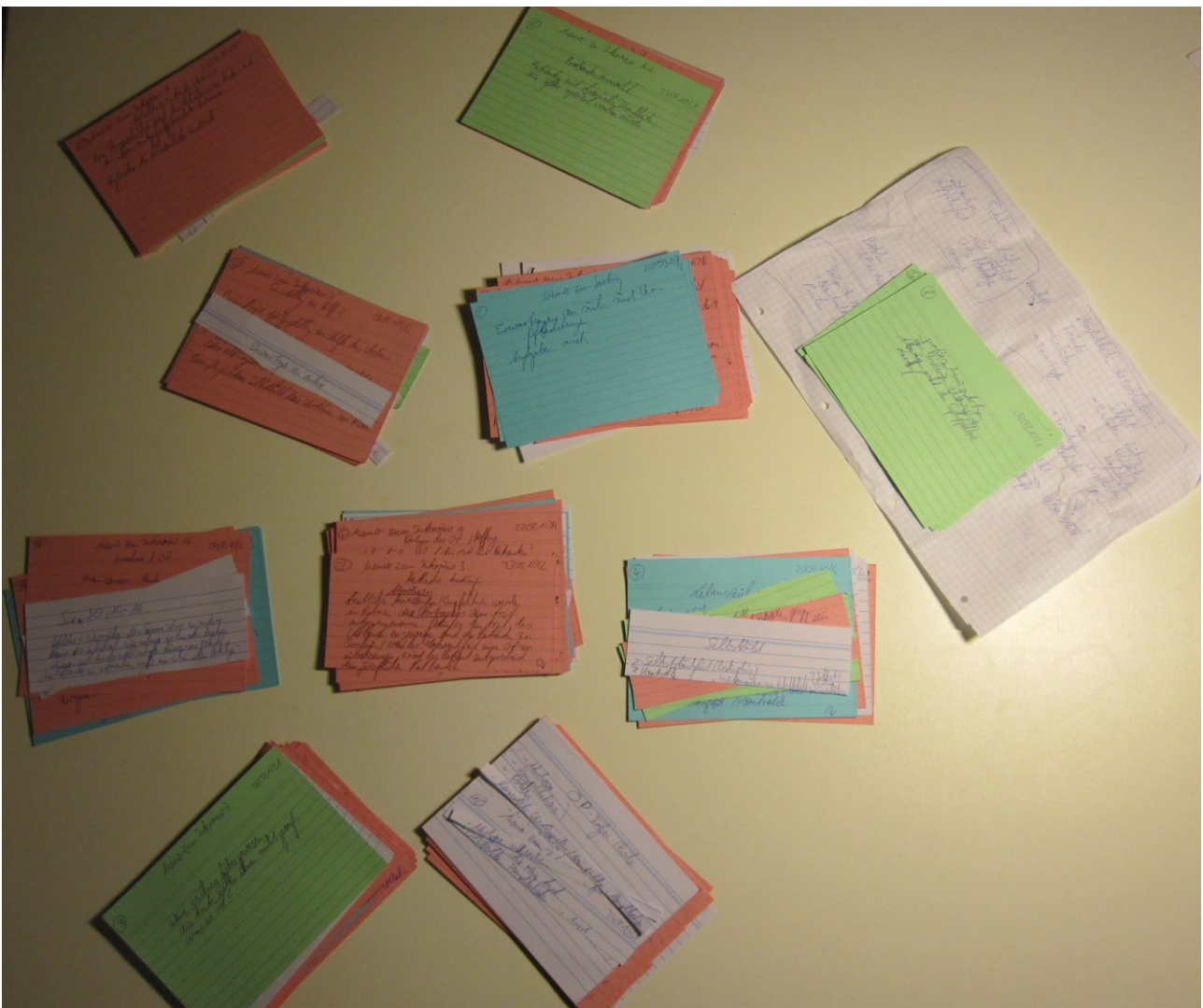


Abbildung 1: Sorting der Memos

Ergebnisse

Im Folgenden soll das generierte Modell auf Basis der Interviews dargestellt werden. Ausgehend von der Problemstellung der Patienten werden anschließend die einzelnen Elemente des Modells erläutert. Wann immer Patientenaussagen dargestellt werden, ist die Nummer des Interviews in Klammern angegeben. Diese kann anhand von Tabelle 1 den einzelnen Patienten zugeordnet werden.

1. Problem

Als zentrales Problem der Untersuchung im Sinne Glasers (s. „Theoretische Grundlagen“, Kap. 2.3.1.) zeigte sich die Einordnung einer Operation in die konkrete Lebenssituation der Patienten. Damit verbunden ist die Einordnung der sowohl mit Operation als auch Krankheit einhergehenden Beeinträchtigungen der Patienten. Auch wenn dieser Vorgang nicht unbedingt bewusst geschieht, sind die Patienten gleichsam gezwungen, sich kontinuierlich zu ihrer Operation zu positionieren und eine innere Haltung dazu zu entwickeln.

Dies zeigte sich bereits in einem relativ frühen Stadium der Untersuchung einerseits anhand offener Äußerungen der Patienten wie jene, dass eine Krise wie eine solche Operation immer auch eine Chance für das Leben bedeute (Interview 1). Andererseits kam dieses Problem immer wieder dann auch in abstrakter Form zum Vorschein, wenn Patienten Überlegungen zur konkreten Durchführung der Operation (bspw. ambulant oder stationär? Zu welchem Zeitpunkt?) äußerten, wenn also eine Anpassung der Durchführung an die Lebensverhältnisse versucht wurde. Aus der Einordnung der Operation in die konkrete Lebenssituation resultiert eine Haltung zu ihr, die sich unterschiedlich auswirken kann und eine relativ große Bandbreite hat.

Wird eine Operation beispielsweise eher als Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung gesehen oder wird sie schicksalhaft hingenommen? Eine Patientin (Interview 1) schilderte, nach der Operation wolle sie ihr Leben wieder bewusst ohne Schmerzen genießen, jeder Moment solle wahrgenommen werden. Unter welchen Umständen kann eine Operation als solche Chance gesehen und angenommen werden, das eigene Leben unter anderen Gesichtspunkten als bisher neu zu betrachten? Ein anderer Patient äußerte sich demgegenüber, er lasse jetzt diese Operation machen und wenn es nicht funktioniere, dann müsse er eben noch mal diese OP machen (Interview 2). Was lässt ihn diesen Eingriff auf diese Art und Weise so hinnehmen?

Diese Beispiele sind nur Extrempunkte auf einem Kontinuum von Umgangsmöglichkeiten mit einem operativen Eingriff und seinen Folgen.

Zentraler Prozess jener möglichst reibungslosen Einordnung ist das Abwägen aller Möglichkeiten,

Risiken und Folgen in verschiedenen Dimensionen unter Einbezug von Erfahrungs-, Krankheits- und Nicht-Wissen. Es werden Einschätzungen über sich und andere auf emotionaler, rationaler und empirischer Basis getroffen. Etwas weiter zugespitzt lautet die Frage der Patienten an sich: „Schaffe ich es, unter den Bedingungen von Krankheit und OP den an mich gestellten Erwartungen nachzukommen?“

In die Beantwortung dieser Frage fließen die wahrgenommene Funktion der Patienten, ihre Ressourcen und Möglichkeiten zur Problemlösung – die „Problemlösungskompetenz“, ihre Einschätzung der Ressourcen anderer Menschen, die bisherigen Erfahrungen und ihr Wissen über die Krankheit sowie natürlich die Auswirkungen der Krankheit sowie der Operation an sich ein. Insbesondere die wahrgenommene Funktion der Patienten nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein. Eine Veranschaulichung der im Folgenden erläuterten Zusammenhänge zwischen Erfahrungen, Vorwissen und subjektiver Krankheitstheorie der Patienten – zusammengefasst in der Kategorie „Vor-, Krankheits- und Nicht-Wissen“ – und der wahrgenommenen Funktion zeigt Abbildung 2. Wissen und wahrgenommene Funktion beeinflussen, im letzteren Fall auch rückkoppelnd, den Prozess des Abwägens. Dieser gliedert sich in die Prozesse des Abwägens der Problemlösungskompetenz und des Abwägens der Beeinträchtigung.

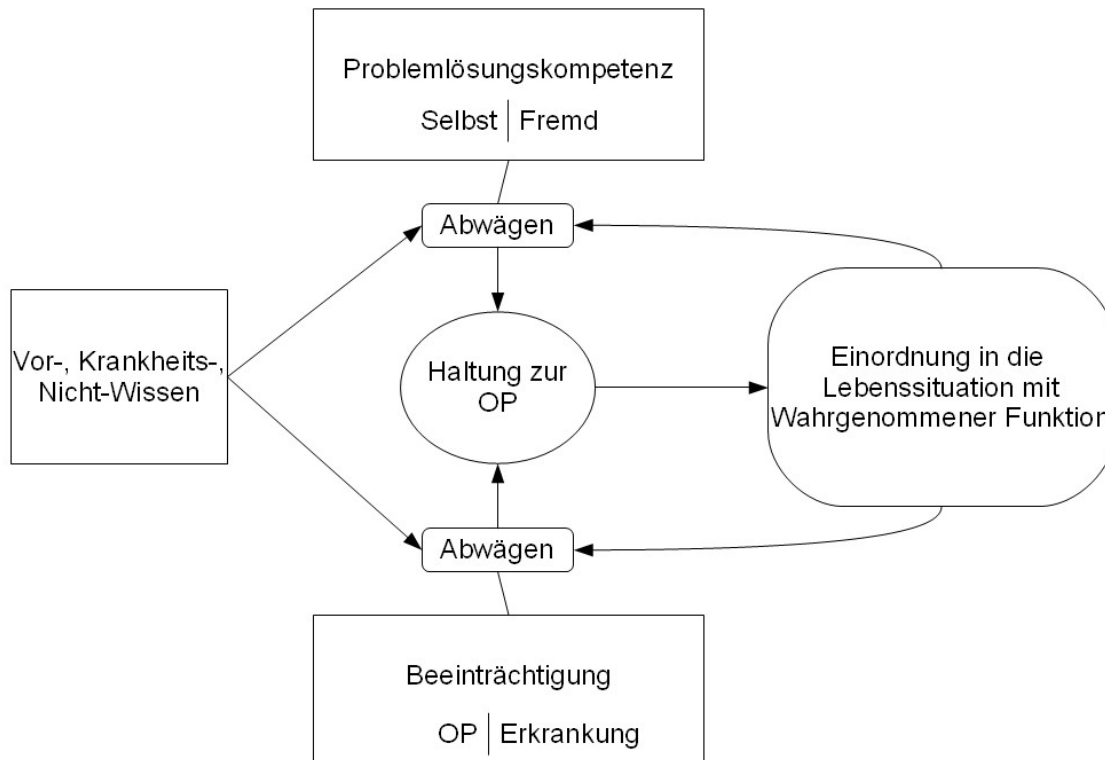


Abbildung 2: Modell des Abwägeprozesses

2. Wahrgenommene Funktion und Lebenssituation

Patienten definieren nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung Ziel und Inhalt ihres Lebens auf unterschiedlichste Art und Weise. Es sind subjektiv erfahrbare Aspekte von Lebensqualität, denen in konkreten Lebenssituationen individuell verschiedene Prioritäten eingeräumt werden. In der Zusammenschau aller Verpflichtungen in Familie, Beruf, sozialem Umfeld und Freizeitaktivitäten bilden die Patienten für sich selbst wahrgenommene Funktionen, die sie zu erfüllen glauben. Diese wahrgenommenen Funktionen und Inhalte des Lebens, denen Patienten hohe Priorität einräumen, ergeben sich maßgeblich aus der Biographie der Patienten und den im Umgang mit ihrem sozialen Umfeld gemachten Erfahrungen. Im Folgenden soll dargestellt werden, aus welchen Aspekten sich wahrgenommene Funktionen und Lebensinhalte zusammensetzen können. Dem entsprechen auch die vorläufigen Kategorien wie „Stellung im sozialen System“, „Verantwortung“ oder „Selbstbild“, die im Verlauf der Untersuchung entstanden und schlussendlich in die Kategorie der „wahrgenommenen Funktion“ als Eigenschaften integriert wurden.

Eine große Rolle spielt für viele Patienten die Familie, in die sie eingebunden sind. Hierbei unterscheiden sich die Aufgabenverteilung und die Verpflichtungen gegenüber der Familie erheblich im Patientenkollektiv. Viele Patienten haben nicht-selbstständige Kinder in Schule oder Studium, für die sie sich verantwortlich fühlen und für deren Wohlergehen und Schutz sie Sorge tragen zu müssen glauben. Eine allein erziehende Patientin hatte schulpflichtige Kinder zu versorgen und beschrieb ihre Rolle als „Vater und Mutter gleichzeitig“. Ihre Kinder seien ihr Leben, sie habe eine Verantwortung für sie. Das Ziel sei, dass ihre Kinder auf ihren eigenen Füßen stehen und mit ihrem Leben selbst zurechtkommen sollen. Gleichzeitig wünsche sie sich auch, dass ihre Kinder dies mit ihr besprechen wollen und können (Interview 1). Auch im höheren Alter kann die Sorge um die bereits selbstständigen Kinder eine wesentliche Rolle im Leben der Patienten spielen. Der Sohn eines dreiundfünfzigjährigen Patienten war arbeitslos und hatte selbst 3 Kinder allein zu erziehen, so dass der Patient noch immer eine hohe Verantwortlichkeit für den Sohn verspürte und ihn finanziell unterstützte. Da es nicht anders ginge, müsse er selbst also arbeiten, war seine Schlussfolgerung aus dieser Feststellung (Interview 4). Ebenso können neben den Kindern andere Familienmitglieder Inhalt von familiären Verpflichtungen sein. Für die Eltern trifft dies besonders dann zu, wenn sie pflegebedürftig sind oder aus sonstigen Gründen höhere Aufmerksamkeit beanspruchen. Eine Patientin bezeichnete sich selbst als die Bezugsperson ihrer Mutter, die zwar weitestgehend selbstständig sei, um die sie sich jedoch hauptsächlich kümmere (Interview 16). Nicht zuletzt sind es durchaus auch nicht-menschliche Familienmitglieder, denen Patienten ein hohes Maß an Fürsorge und Verantwortlichkeit widmen. Sei es der Hund, der tägliches Gassi-gehen und andere soziale und finanzielle Zuwendungen benötigt oder eine Katze, die in den Augen einer

Patientin eine hohe Verpflichtung mit sich bringt. Für eine Patientin war ein Krankenhausaufenthalt zu Zeiten, als sie noch einen Hund hatte, undenkbar, da er dauerhaft ihre Hilfe benötigt habe (Interview 6). Eine andere Patientin, deren Mann als Fernfahrer häufig 14 Tage unterwegs war, habe ihren OP-Termin lange vor sich hergeschoben, da sie ihre Katze nicht alleine lassen wollte. Erst als ihr Mann Urlaub hatte, nahm sie die OP in Angriff (Interview 14).

Eng mit der Familie verknüpft ist meist der Beruf der Patienten als wesentlicher Eckpunkt sowohl ihrer eigenen Identität als auch der Existenzsicherung ihrer Familie. Beispielhaft steht dafür die Äußerung einer Patientin, die sich als leidenschaftliche Verkäuferin darstellte und ihrem Beruf einen hohen Stellenwert in ihrem Leben einräumte (Interview 3). In gleicher Weise erleben selbstständig tätige Patienten ihren Beruf: In seiner Firma stecke viel Herzblut, beschreibt ein Patient illustrativ sein Verhältnis zu seiner Arbeit (Interview 13)

Abseits von Familie und Beruf kann die Teilnahme am sozialen Leben, die Bedeutung ihrer Person für andere Menschen, eine Verpflichtung und Lebensinhalt für die Patienten darstellen, die sie nur ungern einschränken. Dafür spricht die Aussage einer Studentin, sie wolle diese „spannenden Zeit“ nach dem Physikum unbedingt mit ihren Freunden und Kommilitonen anstelle ihrer Familie am Krankenbett verbringen (Interview 21). Teilnahme am sozialen Leben wird in gleicher Weise durch Hobbys der Patienten wie Ausflüge, Kegeln, Wandern, Radfahren oder sonstige sportliche Betätigungen ermöglicht. Weniger auf soziale Teilhabe abzielend, kann jedoch auch ein Hobby wie das Schneidern Teil einer sinnerfüllten Freizeit sein, wie eine Patientin schilderte. Dies sei auch keine Zuverdienstmöglichkeit, da sie finanziell nicht darauf angewiesen sei (Interview 16).

Die Freizeitgestaltung selbst kann auch ein Lebensinhalt an sich sein. Daraus ergibt sich möglicherweise eine wahrgenommene Funktion, mithin eine Verpflichtung sich selbst und der Umwelt gegenüber. Beispielsweise war die im eigenen Haus verbrachte Zeit und die Arbeiten daran für einige Patienten in dieser Untersuchung wichtiger Bestandteil ihres Lebens, in dem sie sich selbst verwirklichten. Zur Wende sei er in Rente gegangen und habe sich mehr um sein Haus gekümmert, erzählte ein Patient mit epigastrischer Hernie (Interview 5). Bei einem anderen Patienten, der zur Behandlung eines hepatozellulären Karzinoms stationär aufgenommen wurde, konnte eine merkliche Stimmungsaufhellung beobachtet werden, als das Gespräch auf sein Haus und seine vielfältigen Arbeiten daran kam. Insbesondere das Gefühl, daran seinem älteren Bruder seine eigenen Leistungen zu beweisen, erschien ihm mit großer Freude zu erfüllen. Er habe am Haus immer alles selbst gemacht und sich in alle Aufgaben hineineingefunden (Interview 4).

Für einige Patienten erschien das Leben selbst und die eigene Gesundheit als ein Inhalt an sich, für den es sich zu leben lohne und dem oberste Priorität einzuräumen sei. So meinte ein Patient, er wolle hauptsächlich gesund werden, dann käme alles andere (Interview 8), eine andere erklärte es

als Ziel, so zu leben wie man möchte (Interview 3).

Möglicherweise können die eigenen Vorstellungen oder der eigene Glaube zum Lebensinhalt für Patienten werden. In der vorliegenden Untersuchung war dies allerdings nicht mit christlichem oder sonstigem explizit religiösen Glauben assoziiert. Lediglich eine Patientin erwähnte überhaupt, sie glaube an sich selbst oder eigene Vorstellungen. Sie sei jedoch nicht konfessionell gebunden und glaube, dass das Leben bewusst gelebt werden soll. Es gebe nur das eine, jeder Moment solle wahrgenommen werden (Interview 1). Kein anderer Patient äußerte solche oder ähnliche Vorstellungen.

Tabelle 2 listet die wichtigsten Eigenschaften der Kategorie „wahrgenommene Funktion“ auf:

Tabelle 2: Eigenschaften der Kategorie „wahrgenommene Funktion“

Eigenschaft	Familie	Arbeit	Freizeit/soziales Leben	Körperlicher Zustand
Beispiele in der Untersuchung	-Versorgung Angehöriger (Kinder, Eltern, Haustierre) - befürchtete Überlastung Angehöriger	- Funktionalität an der Arbeitsstelle - wirtschaftliche Einbußen bei Selbstständigen - Verlust des Arbeitsplatzes - Belastung von Kollegen	- Teilhabe am sozialen Leben - Freunde - Hobbys und Freizeitgestaltung - Statussymbole (Haus, Reisen) - Unabhängigkeit	- gesundheitliches Wohlbefinden - Freiheit von Schmerzen - Selbstständigkeit bei alltäglichen Tätigkeiten

3. Abwägen

„Abwägen“ ist in dieser Untersuchung der den Verhaltensweisen der Patienten zugrunde liegende sozio-psychologische Prozess, also ein theoretischer Kode. Durch das Durchlaufen dieses Prozesses werden die anderen Kategorien in Beziehung zueinander gesetzt und ermöglichen die Einordnung der OP in die Lebenssituation. Auf der Grundlage des Abwägeprozesses entscheidet sich, wie ein operativer Eingriff und die Krankheit insgesamt angenommen werden kann, also welche Haltung ein Patient zu seiner OP entwickelt.

Im Prozess des Abwägens werden die Folgen der Krankheit, die Beeinträchtigungen, gegen die Folgen der Operation, die Komplikationen und die Auswirkungen auf die wahrgenommenen Funktionen abgewogen. Gleichzeitig werden die bisher erprobten eigenen und die eingeschätzten fremden Kompetenzen zur Lösung des Krankheitsproblems verglichen. Die dahinter stehende Grundfrage kann vereinfacht auch formuliert werden als: „Ist meine Krankheit so stark beeinträchtigend, dass ich sie - und wenn ja wie - behandeln muss?“

Das Modell des Abwägeprozesses besteht also aus zwei parallel existierenden Prozessen: Dem Abwägen der die eigenen und fremden Problemlösungskompetenz und dem Abwägen der durch Behandlung und Krankheit entstehenden Beeinträchtigung. Diese Prozesse werden wiederum in zwei Stadien durchlaufen: Zum einen das Andauern des Prozesses, in dem es noch zu keinem Ergebnis, also zu keiner sinnvollen Einordnung der Behandlungsoptionen in die Lebenssituation des Patienten gekommen ist. Zum anderen der Abschluss, der abhängig vom jeweiligen Ergebnis in einer inneren Haltung zur Operation resultiert. Diese Stufe kann jedoch, unter Einfluss neuer Faktoren und kontinuierlicher Neubewertung der Lebenssituation, jederzeit wieder in den Abwägungsprozess zurückgeführt werden.

Dass ein Prozess des Abwägens existiert, wurde in den Interviews an Patientenäußerungen insbesondere zur Reaktion auf ärztliche Anweisungen und vorgeschlagene diagnostische und therapeutische Maßnahmen deutlich, die persönlichen Zielen, Selbstbildern und Hoffnungen gegenübergestellt wurden. Das Ausbitten bzw. Einfordern einer Bedenkzeit als Reaktion auf diesen Vorschlag zeigt einen zeitlichen Kontext, in dem sich das Abwägen immer abspielt und der von Minuten bis Monaten dauern kann (Interviews 1 und 3). Die Ausformung dieses sich andeutenden Prozesses geschah während des Sortings beim Versuch, die Beziehungen der anderen Kategorien zueinander durch Abstraktion der ihnen gemeinsamen Grundlagen zu analysieren und den Schritt zur Ausformung einer Haltung zur Operation verständlich zu machen.

3.1. Abwägen der Problemlösungskompetenz

In der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen und Hilfe einzufordern, unterscheiden sich Patienten voneinander. Dies ist Ausdruck jenes ersten Abwägens der eigenen und fremden Problemlösungskompetenz vor und auch während des Abwägens von Sinn und Nutzen einer Operation. Dabei stellt der Begriff der „Problemlösungskompetenz“ zunächst nichts weiter als eine aus der Beobachtung gewonnene und auf die vorliegende Untersuchung bezogene Beschreibung der Fähigkeit, das oben erläuterte Problem zu lösen, dar.

Als Grundlage einer Behandlungsentscheidung dient die Einschätzung der vorhandenen Möglichkeiten, mit der Krankheit und ihren Beeinträchtigungen umgehen zu können, also der eigenen Ressourcen. Ebenso werden die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten auf die Verarbeitung möglicher Komplikationen der Operation hin geprüft. Dies kann durch die Vorerfahrungen besonders bei längerem Krankheitsverlauf bedingt sein. Vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen verfügen über einen reichhaltigen Fundus an prägenden Erfahrungen, die ihnen bei der Bewertung ihrer Fähigkeiten hilft. Gerade hier wird deutlich, welche starke Prägung dieses Abwägen durch die vorausgegangenen Erfahrungen, die eigene Biographie erfährt und wie jener Prozess kontinuierlich durch diese gespeist wird. So nimmt es nicht wunder, dass ursprünglich als „biographisch“ oder „Vorerfahrung“ kategorisierte Aussagen von Patienten in die Entwicklung dieser Codes des „Abwägens der Problemlösungskompetenz“ eingeflossen sind. Es stellt dies eine Zusammenfassung der patientenseitigen Reflektion über das erlebte Handeln medizinischen Personals und den eigenen bisherigen Umgang mit Problemstellungen dar. Recht schnell wurde mit dem Entstehen von vorläufigen Kategorien wie der „Einschätzung von Hilfsfähigkeit“ oder „Selbsteinschätzung der eigenen Möglichkeiten“ deutlich, dass diese Reflektion auch einen Evaluationscharakter bezüglich eigener und fremder, insbesondere ärztlicher Beiträge zur Problemlösung hat.

Es wird also insgesamt erwogen, wie hoch der eigene Beitrag zur Problemlösung sein kann und wie viel an andere Menschen abgegeben werden kann oder muss. Der Ausgang dieses Prozesses bestimmt, ob überhaupt Maßnahmen wie ein operativer Eingriff in Betracht gezogen werden und wird stetig mit den sich während der Behandlung ergebenden Erfahrungen abgeglichen. Gegebenenfalls kann sich das Ergebnis dieses Prozesses daher auch während des Krankenhausaufenthaltes ändern. Im Folgenden sollen beide Bestandteile dieses Prozesses genauer erläutert werden. Abbildung 3 veranschaulicht die Entstehung der beiden Unterkategorien aus vorläufigen Codes der Memos.

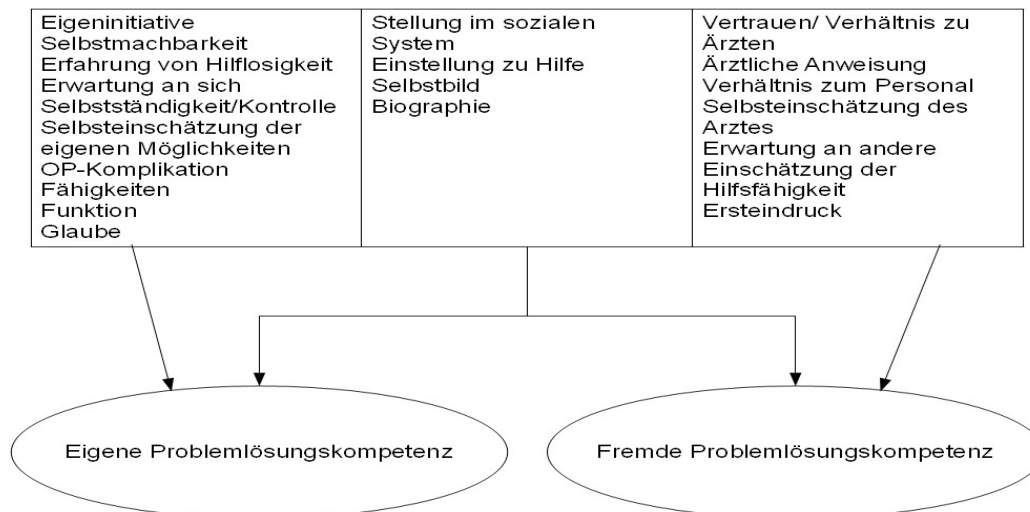


Abbildung 3: Entstehung der Eigenschaften „eigene“ und „fremde Problemlösungskompetenz“

3.1.1. Eigene Problemlösungskompetenz

Alle Patienten haben in ihrer Vorgeschichte individuelle Erfahrungen, auf welche Art und Weise sie ihre persönlichen Probleme lösen konnten und über welche Fähigkeiten oder Ausbildung sie dazu verfügen. Hinter jedem von ihnen stehen vollbrachte Lebensleistungen, die rückblickend als Beleg, wozu der jeweilige Mensch in der Lage ist, dienen können. In der Rückschau versichern sich Patienten ihrer Leistungs- und Problemlösungsfähigkeit und können diese Erfahrung in die Bewertung der aktuellen Krankheitssituation einbringen. Besonders deutlich wird dies an Patienten, die Kriegszeiten und Katastrophen miterlebt haben und die dort erlebten Extremsituationen wie Bombardierungen oder die Erlebnisse in der Kriegsgefangenschaft dem Krankenhausaufenthalt gegenüberstellen. Die Bewertung dessen fällt dementsprechend eher positiv aus. Beispielhaft dafür steht ein 85-jähriger Patient, der auf die Frage, ob ihm ein länger als geplant dauernder Aufenthalt im Krankenhaus etwas ausmachen würde, unter Bezug auf seine Kriegserlebnisse mit 16 Jahren antwortete, es sei dagegen im Krankenhaus nicht so schlimm, es sei für alles gesorgt, fast wie im Paradies (Interview 5).

Entsprechend den biographischen Prägungen sind auch die Erwartungen an die eigene Fähigkeit, zu ihrer Problemlösung selbst beizutragen, unterschiedlich hoch ausgeprägt. Die Gründe dafür sind wiederum maßgeblich in ihrer Biographie und den an sie gestellten Aufgaben und Verpflichtungen zu suchen. So machte eine Patientin in ihrer Vergangenheit die Erfahrung, stets als älteste Tochter und große Schwester angesehen worden zu sein und dabei immer stark sein zu müssen. Dazu kam die langjährige Krankheitsgeschichte mit der Erkenntnis, niemand könne ihr helfen, da andere ihre Schmerzen nicht verstehen könnten und lediglich geringe Probleme hätten. Sie habe die Erfahrung

gemacht, dass niemand für ihre Probleme da war, sie habe alles selber schaffen müssen (Interview 1). Die zunächst zur Charakterisierung derartiger Phänomene erstellte Kategorie der „Stellung im sozialen System“ sollte dies erfassen und konnte im Laufe der Untersuchung auf den Prozess des Abwägens konkretisiert werden.

Eine plötzliche Änderung dieser erlebten und erwarteten Aufgabenverteilung, etwa bei einem komplizierten medizinischen Problem mit damit verbundenen starken Beeinträchtigungen, das die Kenntnis der Patienten übersteigt, stellt das gewohnte Bild des eigenen Vermögens – anfangs als „Selbstbild“ oder „Selbstmachbarkeit“ kategorisiert - in Frage und muss zu neuem Abwägen der eigenen Problemlösungskompetenz führen.

Eine weitere für die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten prägende Erfahrung ist Eigeninitiative, die aufgewendet wurde, um den eigenen Beschwerden auf den Grund zu gehen. Es kann an einer Patientin nicht spurlos vorübergehen, wenn sie sich nach 9 Jahren schmerzhafter Beschwerden unbekannter Ursache sich nach ihrer Aussage mithilfe des Internets die Diagnose selbst stellt (Interview 1). Die daraus abgeleitete Einschätzung der Kompetenzen anderer und der eigenen Kompetenzen wird sich auf das Verlangen zur Mitsprache und -wirkung am Behandlungsprozess auswirken.

In der Folge dieser unterschiedlichen Selbsteinschätzungen der Problemlösungskompetenz sind Selbstständigkeit und das Gefühl der Kontrolle über die Situation bei Patienten unterschiedlich hoch ausgeprägte Bedürfnisse. Das Gefühl, eine Situation unter Kontrolle zu haben, bezieht sich dabei jedoch nicht in jedem Fall darauf, alle Behandlungsschritte selbst zu veranlassen oder zu beeinflussen. Es kann damit auch gemeint sein, sich einer Behandlung durch andere Menschen gezielt auszusetzen und mit Blick auf ein gewünschtes Ergebnis bewusst deren Hilfe in Anspruch zu nehmen. So äusserte eine Patientin, besonders aktiv gewesen zu sein, damit ihr Arzt eine Behandlung einleite. Zwar kenne sie die konkret behandelnden Ärzte noch nicht, habe aber per se Vertrauen, da es Spezialisten seien (Interview 14).

3.1.2. Fremde Problemlösungskompetenz

Was als über die eigenen Fähigkeiten, mit der Situation umzugehen, hinausgehend eingeschätzt wird, bedarf externer Hilfe. Die Abgabe von Aufgaben und Verantwortung an Ärzte erfordert die Einschätzung deren Fähigkeiten. Diese wiederum stützt sich auf die Vorerfahrung und die Sympathie oder Antipathie, die der Patient diesem Personal entgegenbrachte und die dem Patienten von Seiten des Personales entgegengebracht wurde. Besonders beeindruckte einen Patienten die Erfahrung, seit den 80er Jahren im selben Klinikum behandelt worden zu sein und alle Veränderungen des Klinikums miterlebt zu haben. Daher kenne er das Personal mittlerweile sehr

gut und sei bei diesem ebenfalls gut bekannt (Interview 17).

Mitunter kann allerdings auch, wenn nicht primär auf Vorerfahrungen zurückgegriffen werden kann, der erste Eindruck über das weitere Verhältnis entscheiden. Eine Patientin berichtete über die für sie wichtige Wirkung des ersten Eindrucks, der über das Vertrauen zu den Ärzten entscheide. Die Ausstrahlung von Ruhe und Souveränität des Arztes gebe ihr Zuversicht (Interview 1). Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn, wie auf chirurgischen Stationen üblich, die Häufigkeit und Intensität der Konsultation eher gering ist.

Auch das Krankheitsverständnis und die Eigeninitiative der Patienten, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen leistet einen nicht unerheblichen Beitrag zur Einschätzung der Fähigkeiten von Ärzten. So gelingt durch eine hohe Ausprägung von beidem die differenzierte Einschätzung von bestimmten Ärzten als Experten oder Spezialisten auf dem benötigten Gebiet. Er sei nach Jena gegangen, weil dort Spezialisten seien, trägt ein Patient nach einer solchen Abwägung seine Auffassung vor (Interview 14). Wie bereits erwähnt setzt diese Form der Einschätzung allerdings ein Mindestmaß an Verständnis für die Krankheit oder zumindest ein, wenn auch rudimentär ausgeprägtes, Vorwissen über die medizinische Landschaft voraus. Eine noch intensivere Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit führt dann gegebenenfalls zum Konsultationswunsch einzelner bestimmter Ärzte, die beispielsweise im Rahmen einer Internetrecherche ausfindig gemacht wurden (Interview 13).

Bedingt durch die individuellen Erfahrungen haben Patienten unterschiedliche Erwartungen an andere Menschen, inwieweit sie helfen können sollten oder es ihre Pflicht ist, zu helfen. So kann es sein, dass Patienten von ihrer Umwelt nicht viel Hilfestellung erwarten oder sehr strikt zwischen professioneller, annehmbarer Hilfe und nichtprofessioneller, nicht anzunehmender Hilfe unterscheiden. Die Verschiedenheit der von ihm wahrgenommenen Meinungen veranlasste einen Patienten zu der Äußerung, er suche sich genau aus, bei wem er Rat einhole. Seine Familie müsse dies akzeptieren (Interview 15).

Diese strikte Unterscheidung kann verstärkend auf die Sorge um die Belastbarkeit der Angehörigen wirken. Familienmitglieder werden in ihrer Fähigkeit zu helfen unterschiedlich eingeschätzt. Im Falle von medizinisch tätigen Angehörigen wird deren Rat unter mitunter gerne und dankbar angenommen, wie eine Patientin, deren Tochter Krankenschwester ist, berichtet (Interview 2). Bei den meisten Angehörigen tritt jedoch, deutlicher als bei der Einschätzung der Ärzte, der Aspekt der Belastbarkeit in den Vordergrund. Unter Umständen werden sie gar als schutzbedürftig eingeschätzt, so dass sich für den Patienten eine Verantwortung nicht nur für ihren eigenen Genesungsprozess, sondern auch für das Wohlergehen der Familienmitglieder ergibt. Eine alleinerziehende Patientin berichtet in diesem Zusammenhang von der gleichzeitig ausgeübten

Vater- und Mutterrolle und der hohen Verantwortung, die sie für ihre Söhne trage. Sie versuche daher, Zuversicht auszustrahlen, um ihre Kinder nicht zu belasten (Interview 1). Eventuell erzählen Patienten ihren Kindern oder sonstigen besorgten Angehörigen nicht viel von der anstehenden Operation, insbesondere nichts von ihren Ängsten und Befürchtungen, weil sie sie als wenig belastbar einschätzen und daher von ihnen keine Hilfe erwarten, wie auch ein Patient mit hepatozellulärem Karzinom schildert (Interview 4). Diese Aspekte sind gleichermaßen Bestandteil des parallel laufenden Prozesses des Abwägens über Sinn und Zweck der Operation.

In der Zusammenfassung der Einschätzung der Fremdkompetenzen werden ärztliche Anweisungen und Ratschläge befolgt oder nicht befolgt. Auf den Punkt bringt dies eine Patientin, die auf die Frage, ob sie die ärztlichen Anweisungen befolge, antwortet, die Ärzte hätten schließlich Ahnung davon (Interview 3)

3.1.3. Ergebnis des Abwägens der Problemlösungskompetenz

Prinzipiell kann der Abwägeprozess der Problemlösungskompetenz vier mögliche Ergebnisse, also Haltungen des Patienten zur Operation, haben. Diese sollen im Einzelnen beschrieben werden. Zur Orientierung seien sie an dieser Stelle in Tabelle 3 übersichtsartig dargestellt:

Tabelle 3: Ergebnisse des Abwägens der PLK

	fremde PLK hoch	fremde PLK niedrig
eigene PLK hoch	<i>Zusammenarbeit</i>	<i>Misstrauen</i>
eigene PLK niedrig	<i>Anvertrauen</i>	<i>Hilflosigkeit</i>

3.1.3.1. Zusammenarbeit

Wenn von Patienten sowohl die eigene Problemlösungskompetenz hoch eingeschätzt wird als auch die fremde Problemlösungskompetenz von Ärzten, medizinischem Personal oder sonstigen Menschen, kann Zusammenarbeit als Ergebnis des Abwägens entstehen. Dabei kommt es nicht zur vollständigen Abgabe aller Zuständigkeiten, sondern zum ständigen Abwägen, wie hoch der eigene Beitrag zur Problemlösung sein kann. Dieser kann zum einen aus praktischen Handlungen wie der Körperhygiene - eine Patientin versicherte, sich stets unmittelbar vor dem Krankenhausaufenthalt und nach der Operation ordentlich zu duschen, da dies das Mindeste sei das ein Arzt vom Patienten erwarten könne (Interview 6) - oder dem Mitwirken an pflegerischen Tätigkeiten wie dem Wechsel des Stomabeutels bestehen. Zum anderen kann daraus auch das Verlangen resultieren, so viele die eigene Behandlung betreffende Entscheidung wie möglich selbst treffen zu wollen. Für dieses Abwägen ist ein ständiger Informationsfluss an den Patienten erforderlich.

Patienten, die ihre Fähigkeiten, an der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mitzuwirken, als hoch einschätzen, möchten ihren Anteil daran naturgemäß nur äußerst ungern aufgeben. Ihre Kenntnisse, Wünsche und Bedürfnisse bringen sie in die Diskussion mit Ärzten ein und erwarten, damit ernst genommen zu werden. Wie das Beispiel einer Patientin zeigte, kann dies mitunter eine Diskussion bis zur gemeinsamen Einigung bedeuten (Interview 6).

Eine medizinische Vorgehensweise, die diesen Patienten nicht den erwünschten Einfluss auf ihre Behandlung ermöglicht, bedeutet ein hohes Maß an Unzufriedenheit und wirkt sich ebenfalls auf das Ergebnis des Abwägens der eigenen und fremden Problemlösungskompetenzen aus. Im schlechtesten Fall ändert sich nach Abwägen des ignoranten ärztlichen Umganges mit den Fähigkeiten der Patienten das Ergebnis des Prozesses in "Misstrauen".

3.1.3.2. Misstrauen

Das Ergebnis des Abwägens, bei dem die eigene Problemlösungskompetenz als hoch, die anderer jedoch als niedrig beurteilt wird, manifestiert sich als "Misstrauen". Je höher die eigenen und je geringer die fremden Fähigkeiten zu helfen eingeschätzt werden, umso geringer kann der Beitrag des Arztes zur Beruhigung und Angstminderung sein.

Im Extremfall kann das suggestive Einreden den Patienten dazu dienen, für sich selbst den Anschein von Kontrolle oder Selbstständigkeit bei der Problemlösung zu wahren, wenn diese aufgrund der als gering eingeschätzten Problemlösungskompetenz anderer als erforderlich eingeschätzt wird, aber offenkundig nicht gegeben ist. Die Notwendigkeit dieser Einschätzung kann ihre Ursachen wie bereits erläutert in der Biographie der Patienten mit ihren gewohnten Mustern der Problemlösung haben. Es wird dann eine Diskrepanz deutlich zwischen dem, was Patienten für sich tun wollen und dem, was sie tatsächlich tun können. Aussagen wie jene, man müsse immer positiv denken (Interview 13) oder es müsse alles gut werden, es ginge nicht anders (Interview 1) lassen die Bemühungen der Patienten erahnen, das Gefühl der Überforderung zu vermeiden. Als Überforderung kann die Dissonanz bezeichnet werden, die entsteht, wenn andere als nicht ausreichend kompetent eingeschätzt werden, zur Problemlösung beizutragen, der eigene Beitrag jedoch an den Anforderungen der Realität scheitert. Ist diese Überforderung bewusst, kann das Ergebnis des Abwägens als "Hilflosigkeit" bezeichnet werden, welches weiter unten erläutert wird. Bleibt sie - wie in diesem Fall - unbewusst oder verdrängt, so ergibt sich für die Patientin Misstrauen gegenüber externer Hilfe. Dieses kann so lange bestehen, wie das Eingeständnis mangelhafter eigener Ressourcen oder eine positive Bewertung der Problemlösungskompetenz anderer fehlt. Mitunter werden Patienten diese Strategien der Einschätzung der Problemlösungskompetenzen jedoch bewusst. In diesem Fall können sie mit ihren Vor- und Nachteilen in den Abwägungsprozess einbezogen werden. Patienten nehmen auf einmal wahr, dass

die eigenen Ressourcen erschöpft sind und lediglich durch suggestives Einreden gegenüber sich selbst ein Anschein von Kontrolle gewahrt werden kann. Auf die Frage, ob es ihr lieber gewesen wäre, wenn der Arzt mit ihr über ihre Angst gesprochen hätte, äußerte eine Patientin die Befürchtung, sie wäre in einem solchen Gespräch möglicherweise zusammengebrochen. Der Nachsatz, Ärzte hätten für diese Gespräche sowieso keine Zeit, zeugt von den Bemühungen der Patientin, diese Thematik zu verdrängen (Interview 1). So kommt beispielhaft die lediglich dünne Ummantelung der Begrenztheit ihrer Ressourcen zum Ausdruck. Sie wog in diesem Falle die Vor- und Nachteile eines offenen Gespräches miteinander ab und hielt am gewählten Ergebnis des Misstrauens als den für sie eher geeigneten fest.

An diesem Beispiel wird ebenfalls deutlich, dass es sich bei "Misstrauen" allerdings nicht immer um eine auf die Person der Ärzte bezogene negative Einschätzung der ärztlichen Fähigkeiten handelt. Mitunter ist es lediglich fehlendes Sich-Anvertrauen seitens der Patienten. Deutlich zum Vorschein kommt dies im Phänomen der Einschätzung der Aufgaben und Belastbarkeit von Ärzten: Patienten äußern dabei mitunter, sie hätten Verständnis, wenn sich Ärzte nicht in vollem Umfang ihrer Ängste und Sorgen annehmen können. Sie begründen dies unter anderem damit, dass die Ärzte sehr viel zu tun hätten und sich deswegen notwendigerweise nicht viel Zeit für einzelne Patienten nehmen könnten (Interview 4).

Außerdem sei es für die Ausübung ihrer Tätigkeit notwendig, die Probleme der Patienten nicht zu nahe an sich herankommen zu lassen. Ärzte müssten Patienten objektiv behandeln und sich der Probleme nicht zu sehr annehmen (Interview 1). Die fachlichen Kompetenzen der Ärzte werden hierbei vordergründig nicht angezweifelt, dennoch werden sie als zur Problemlösung nicht geeignet eingeschätzt.

3.1.3.3. Anvertrauen

Zum Ergebnis "Anvertrauen" gelangen Patienten im Abwägeprozess, die die eigenen Fähigkeiten zur Problemlösung als eher gering, die der Ärzte aber als hoch einschätzen. Das Abwägen geschieht dann recht schnell, wenn die eigenen Fähigkeiten bereits von Anfang an als unwesentlich eingeschätzt werden, wie die Aussage eines Patienten, er überlasse den Ärzten die Kontrolle, er selbst sei ja nur Laie, zeigt (Interview 2). In diesem Falle kommt es zur nahezu vollständigen Abgabe der Verantwortlichkeit an externe Helfer. Diese Einschätzung eigener Unfähigkeit kann eine positive Konnotation erfahren, wenn sich Patienten beispielsweise äußern, die Ärzte seien Fachmänner, so wie auch Patienten selbst Fachmänner auf ihrem jeweiligen Arbeitsgebiet seien (Interview 5). Hier erfolgt die Abgabe von Verantwortung und Zuständigkeit nicht hauptsächlich aufgrund der Erfahrungen eigener Unzulänglichkeit, sondern gerade durch die Kenntnis eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten, die entsprechend auf andere projiziert werden.

3.1.3.4. Hilflosigkeit

Die Folge der Einschätzung völliger eigener Unfähigkeit kann jedoch nachvollziehbar auch ein Zustand der Hilflosigkeit und Resignation sein, wenn gleichzeitig auch die Fähigkeiten der Ärzte und anderer Helfer als unzureichend oder zumindest zweifelhaft eingeschätzt werden. Man müsse ja glauben, was die Ärzte sagen, war eine Formulierung eines Patienten mit Prostatakarzinom, die dies zum Ausdruck brachte, er habe dann mit der Operation einverstanden sein müssen (Interview 9). Bei der Annahme oder Ablehnung fremder Hilfe hatte dieser Patient keine realistische Wahl. Seine Ausdrucksweise ließ nicht auf eine positive Einschätzung der ärztlichen Fähigkeiten und ein Anvertrauen seiner Probleme an Experten schließen, während die Einschätzung eigener Handlungsunfähigkeit deutlich zum Ausdruck kam. Im Ergebnis seines Abwägens eigener und fremder Problemlösungskompetenz zeigt sich Hilflosigkeit, die das Annehmen der Operation als Lösungsmöglichkeit für sein Problem und die sinnvolle Einordnung in sein Leben verhindert.

3.2. Abwägen der Operation

Neben der Einschätzung eigener und fremder Problemlösungskompetenzen muss die eigentliche Behandlung, im Falle dieser Untersuchung die Operation, in die Lebenssituation, also die wahrgenommene Funktion der Patienten integriert und von ihnen angenommen werden. Das heißt, die zu erwartenden Beeinträchtigungen durch die Operation gegen die zu erwartenden Beeinträchtigungen der Krankheit abzuwägen und somit eine Haltung bzw. innere Einstellung gegenüber den Behandlungsmöglichkeiten der eigenen Erkrankung zu gewinnen.

Dazu sollen zunächst die Beeinträchtigungen durch Krankheit und Operation aus Sicht der Patienten charakterisiert werden.

3.2.1. Beeinträchtigungen durch Krankheit

Jede Krankheit hat eine bei jedem Patienten unterschiedliche ausgeprägte Vorgeschichte. Diese kann charakterisiert sein durch direkt spürbare Symptome wie Schmerzen bei bestimmten Tumoren oder Schweißausbrüche, Schlaflosigkeit, Nervosität und Unruhe bei Hyperthyreose. Demgegenüber können auch reine Laborparameter, die noch nicht zu körperlichen Symptomen führen, die Vorgeschichte einer Krankheit prägen, so der HbA1c-Wert eines Patienten mit Diabetes mellitus Typ II, der über lange Zeit pathologisch sein kann, ohne dass der Patient Beeinträchtigungen verspürt. Insofern ist es nur allzu verständlich, wenn die individuelle Wahrnehmung einer Erkrankung stark variiert. Insbesondere variiert dabei die Ansicht über die Bedrohlichkeit einer Erkrankung. Die Bedrohlichkeit einer Krankheit ist das für den individuellen Patienten in der Zukunft zu erwartende empfundene Ausmaß an Beeinträchtigungen durch diese Krankheit. Sie steht in enger Abhängigkeit zum Wissen des Patienten über seine Krankheit und deren Entwicklungsmöglichkeiten. An einem Patienten mit in Lunge und Leber metastasierten Prostatakarzinom wird dies deutlich: Er wisse nicht so recht, was in seiner Lunge gewesen sei, die Ärzte hätten die Prognose als gut bezeichnet (Interview 9). Eine Änderung der Bedrohlichkeit der Krankheit im Sinne einer verminderten Bedrohung, etwa durch die Feststellung, dass einem Symptom keine (potentiell tödliche) Tumorerkrankung zugrunde liegt, wird von Patienten als erheblich und einschneidend charakterisiert. Nachdem sich das tennisballartige Geschwulst seines Bauches als Hernie herausgestellt hatte, nannte ein Patient diese Diagnose eine „Erlösung“ für ihn (Interview 5). Die Vorgeschichte spielt also eine Rolle bei der Bewertung der nachfolgenden Therapieoptionen inklusive der Operation, worauf weiter unten noch näher eingegangen werden wird. Im umgekehrten Falle kann auch eine plötzlich entstehende Bedrohlichkeit durch die Diagnose eines Karzinoms erhebliche Auswirkungen auf die Verarbeitung und Bewertung der weiteren Behandlung haben. Eine Patientin mit Gallenblasenkarzinom schildert dies beispielhaft, es

sei die Diagnose, die ihr Angst mache. Das ganze Leben sei auf einmal verändert. Lediglich die Aussicht, dass es noch zu operieren sei, vermittelte ihr ein gewisses Maß an Hoffnung und Sicherheit (Interview 7).

Der erlebte Mittelpunkt der Krankheit sind die sich konkret für Patienten ergebenden Beschwerden und Beeinträchtigungen. Jene machen ihre Existenz erst spürbar und bilden die Grundlage für den Wunsch, dieser Krankheit möglicherweise auch operativ abzuweichen. Er habe ständig Schmerzen, was eine erhebliche Beeinträchtigung darstellte und sogar bereits eine stationäre Aufnahme zu Weihnachten notwendig gemacht habe, ist eine beispielhafte Äußerung eines Patienten mit suprasphinkitärer Analfistel, die stellvertretend für viele steht (Interview 10). Auch die Beschwerden und Beeinträchtigungen, die durch bereits durchgeführte Therapiemaßnahmen - beispielsweise die Anlage eines Anus praeter - verursacht wurden, werden in der vorliegenden Untersuchung werden zu den Beschwerden einer Krankheit gerechnet, soweit sie der Grund für die durchzuführende Operation waren.

Das Ausmaß der Beeinträchtigung variiert mit der Art der Erkrankung. Es gibt Krankheiten mit lediglich geringen Beeinträchtigungen, die für den Alltag lästig, aber nicht in höherem Maße beeinträchtigend sind. Ein Patient mit einer Leistenhernie berichtet, bei seinen Beschwerden handele es sich lediglich um eine optische Auffälligkeit, die nunmehr behoben werden solle (Interview 2). Demgegenüber stehen Erkrankungen, die das Alltagsleben stärker beeinträchtigen. Nächtliches Aufwachen, ständige Unruhe, trockene Haare und trockene Haut sowie dauerhafte Heiserkeit sind die erlebten und geschilderten Beeinträchtigungen einer Patientin mit Struma nodosa (Interview 6). Sie können bis hin zur sozialen Isolation führen, in der eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nicht mehr ohne weiteres möglich ist. Interessant ist hier die Variation der Beschwerden bei ähnlicher Grunderkrankung. Eine Patientin schildert in Zusammenhang mit ihrer Struma nodosa, sie habe eigentlich keine Beschwerden gehabt, sondern sei von der Hausärztin überwiesen worden, weil diese gedacht habe, der Knoten könne ein Tumor sein (Interview 3). Diese Schilderung der Beschwerden - besser gesagt: ihrer Abwesenheit - steht in starkem Gegensatz zur oben erwähnten Patientin.

Hohe Belastungen verursachen Krankheiten, die starke Schmerzen mit sich bringen und das Alltagsleben zur Qual werden lassen. Eine Patientin mit symptomatischer Lebercyste meinte, sie habe bei jeder Bewegung Schmerzen (Interview 14), was sie im Alltag enorm beeinträchtige. Auch funktionell beeinträchtigen die Schmerzen manche Patienten. Eine Patientin mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit schildert als Wunsch, sie wolle wieder ohne Schmerzen laufen, da sie außerhalb der Stadt wohne und sich aus Angst vor Schmerzen kaum mehr in die Stadt getraut habe (Interview 19).

Unter funktionellen Beeinträchtigungen im engeren Sinne ist eine Beeinträchtigung normaler Körperfunktionen zu verstehen. In der vorliegenden Untersuchung hatten einige Patienten einen künstlichen Darmausgang (Ileostoma), der ihre natürlichen Ausscheidungsfunktionen in extremer Weise beeinträchtigte. Der prägende Eindruck einer Patientin mit Rektumkarzinom und künstlichem Darmausgang sei die Empfindung des Ausgangs als Fremdkörper (Interview 12). Zwar ist dies an sich keine Grundkrankheit, sondern lediglich Zwischenschritt einer Therapie bei anderen Grunderkrankungen, jedoch war dieser Zustand in jenen Fällen direkte Ursache für die Operation, die nicht zwangsläufig erfolgen müsste.

Etliche Erkrankungen und pathologische Zustände des Körpers gehen auch mit sozialer Beeinträchtigung des Patienten einher. Der oben erwähnte Ileostoma oder die ebenfalls erwähnte periphere arterielle Verschlusskrankheit, die die Patientin vom Verlassen des Hauses abhält, behindern die normale Teilhabe des Patienten am sozialen Leben deutlich und mindern damit möglicherweise das Selbstvertrauen des Patienten. Auch das Gebundensein an eine Dialysemaschine bei chronischem Nierenversagen fällt in diese Kategorie. Ein Patient mit chronischem Nierenversagen beschreibt seine Abhängigkeit als hohe Priorität der Dialyse, die sogar über seiner Arbeit stehe (Interview 15).

So wird die Planbarkeit des Lebens erschwert, da bei jeder Handlung und Planung, insbesondere Urlaubsreisen, die strukturellen Voraussetzungen für eine Weiterbehandlung überprüft werden müssen. Die Krankheit steckt somit einen festen Handlungsrahmen für die Patienten, was diese als unangenehm einschränkend empfinden. Exemplarisch schilderte ein Patient mit Ileostoma, dass Dinge, die er früher gemacht habe, nun nicht mehr so einfach gingen. Früher sei er oft Kegeln gewesen, dies sei jetzt mit dem künstlichen Darmausgang sehr schwierig. Er wolle auch gerne öfter seinen Enkel sehen und ihn für eine zeitlang nehmen, wenn seine Tochter arbeite, dies ginge jedoch auch nicht immer. Auch könne er kaum eine Reise planen, da er nicht wisse, was aus seinem Gesundheitszustand werde. Wenn, dann buche er nur mit Rücktrittsversicherung (Interview 13). Hier wird auch die Beeinträchtigung der Übernahme sozialer Funktionen wie der Unterstützung der Familie durch die Krankheit deutlich. Inflexibilität und die Unmöglichkeit der Planbarkeit des Lebens werden durch eine ungewisse Prognose verstärkt, so dass die Ungewissheit über die Entwicklung der Krankheit ebenfalls als solche Beeinträchtigung des persönlichen Lebens anzusehen ist, da das Ausleben der Lebensinhalte und damit verbunden die Ausübung der wahrgenommenen Funktionen eingeschränkt wird.

Eine Sonderstellung haben bösartige Krebserkrankungen. Zumindest in frühen Stadien gehen diese Erkrankungen mitunter nicht mit schmerzhaften Beschwerden einher und werden lediglich im Rahmen von Routineuntersuchungen oder der Abklärung von sonstigen Auffälligkeiten wie

Veränderung der Stuhl- und Urinfärbung, Durchfall oder Verstopfung diagnostiziert. Die Diagnose trifft die Patienten „wie ein Schlag“ und erschüttert die bisherige Lebensplanung. Das ganze Leben sei auf einmal verändert, schildert eine Patientin mit Gallenblasenkarzinom die Aufnahme der Diagnose. Die Beschreibung ihrer Zustandes, sie fühle sich ausgeliefert und hilflos, sie empfinde sich gleichzeitig als gesund und sei dennoch krank, illustriert die Diskrepanz, die für diese Patienten zwischen der diagnostizierten Erkrankungen und dem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand existiert (Interview 7). Allerdings gilt auch hier, dass die Diagnose vom Patienten verstanden und mit ihrer Prognose erfasst werden muss. Im Extrembeispiel eines dementen Patienten war dies nicht der Fall, so dass die in der Zukunft zu erwartenden Folgen der Erkrankung nicht als Beeinträchtigung wirken konnten.

Diese existentielle Bedrohung durch eine Tumorerkrankung kommt jedoch nicht nur zum Tragen, wenn tatsächlich eine Tumorerkrankung vorliegt. Auch die Ahnung, eine solche könnte die Ursache für bemerkte Auffälligkeiten sein, ist als Beschwerde bzw. Beeinträchtigung durch eine Erkrankung anzusehen. So galt die Hauptsorge eines Patienten mit epigastrischer Hernie der Frage, ob das tennisballartige Geschwulst, das er in seinem Bauch verspüre, nicht ein Tumor sei, was ihn letztendlich zur Diagnostik im Universitätsklinikum Jena veranlasste (Interview 5).

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über einige der beschriebenen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Lebensinhalte der Patienten.

Tabelle 4: Beeinträchtigungen durch die Erkrankung

Beschwerden	Beeinträchtigter Lebensinhalt
Optische Auffälligkeit	Körperlicher Zustand: <i>gesundheitliches Wohlbefinden</i>
Schmerzen	Körperlicher Zustand: <i>Freiheit von Schmerzen, Selbstständigkeit bei alltäglichen Tätigkeiten</i>
Direkte oder (über Schmerzen) mittelbare Beeinträchtigung des Alltags	Familie: <i>Versorgung</i> Arbeit: <i>Funktionalität</i> Soziales Leben: <i>Teilhabe am sozialen Leben, Freizeitgestaltung/Hobbys</i>
Beeinträchtigung von Körperfunktionen (auch als Folgen bisheriger Behandlung: Ileostoma)	Körperlicher Zustand: <i>Selbstständigkeit bei alltäglichen Tätigkeiten</i> Familie: <i>Versorgung</i> Arbeit: <i>Funktionalität</i> Soziales Leben: <i>Teilhabe am sozialen Leben, Freizeitgestaltung/Hobbys</i>

3.2.2. Beeinträchtigung durch die Operation

Als Beeinträchtigungen durch die Operation sind alle negativen Folgen, Risiken und Komplikationen eines operativen Eingriffes zu verstehen. Es sind in dieser Untersuchung die Faktoren, die in der konkreten Situation des Krankenhausaufenthaltes auf das Ergebnis des Abwägeprozesses und damit indirekt als Stressoren wirken.

Naheliegende Folgen einer Operation sind körperliche Verstümmelung und die Beeinträchtigung körperlicher Funktionen. Dies kann von rein optischer Beeinträchtigung wie einer deutlich sichtbaren Narbe am Hals nach totaler Strumektomie bis hin zu funktionellen Einbußen wie Schließmuskelfehlfunktion nach Operation einer suprasphinkteren Analfistel reichen.

Während befürchtete Beeinträchtigungen wie erhöhte Infektanfälligkeit nach Tonsillektomie von eher hoch ausgeprägtem Wissen um die Krankheit, die Operation und deren Folgen zeugen, können bei entsprechender subjektiver Krankheitsvorstellung der Patienten auch Komplikationen befürchtet werden, die so nicht oder nur mit absolut geringer Wahrscheinlichkeit auftreten. Eine zur Thyroidektomie aufgenommene Patientin machte sich kaum Gedanken über die zu erwartende Narbe, sie kenne dies von ihrem Sohn, was sie jedoch beschäftigte, war die Angst vor einem „Lufttröhrenschnitt“. Einst habe sie einen Kunden erlebt, der so etwas habe, sie wolle dies nicht (Interview 3). Vermutlich verbirgt sich hinter dieser Vorstellung ein Tracheostoma, welches bei operativer Kehlkopfentfernung nach Kehlkopfkrebs, nicht jedoch nach der Entfernung der Schilddrüse angelegt wird.

Einen wichtigen Beitrag sowohl zur Beseitigung derartiger Vorstellungen, aber auch zur Erzeugung von Furcht vor Beeinträchtigungen leistet die Operationsaufklärung. Über die Auswirkung der Aufklärung befragt, antwortete eine Patientin, sie sei danach ängstlicher als vorher (Interview 21). Im Zusammenhang mit der Aufklärung ist jedoch auch zu nennen, dass diese die Aufmerksamkeit auf die Behandlungskomplikationen als eine besondere Form der Bedrohlichkeit bei der Operation im Gegensatz zur Grunderkrankung lenkt, die zu jedem Zeitpunkt zur Aufrechterhaltung eines gewissen Maßes an Ungewissheit beiträgt. Ihr Auftreten entzieht sich der Vorhersagbarkeit, muss jedoch bei jeder Bewertung und Einschätzung des Krankheitsverlaufes zum Zwecke der Therapieplanung berücksichtigt werden. Er habe schon Angst, auch wenn er wisse, dass die Ärzte das schon eine Million mal gemacht hätten, beschreibt ein Patient mit geplanter Thyroidektomie die Schwierigkeit des Umgangs mit den Komplikationen der Operation. Er sei es jedoch nicht gewohnt, dass heutzutage alle Risiken aufgezählt würden (Interview 15). Eine andere Patientin äußerte die Einschätzung, die zur Risikoeinordnung genannten Zahlen brächten ihr nichts, sie machten das Auftreten oder Nichtauftreten von Komplikationen nicht nachvollziehbarer (Interview 21). Dabei spielten allerdings insgesamt die Befürchtungen, die Operation durch Komplikationen

wie Blutungen oder sonstigen schweren Operationszwischenfällen nicht zu überleben, eine untergeordnete Rolle. Sie wurden eher aufzählend, gleichsam „sozial erwünscht“, genannt.

Neben den Risiken der OP an sich existieren auch die Risiken und Unannehmlichkeiten der operationsbegleitenden Maßnahmen. Die Anästhesie ist verantwortlich für die häufig geschilderte Befürchtung, aus der Narkose nicht mehr aufzuwachen (Interviews 1, 9) Weitere operationsvor- und nachbereitende Umstände wie Harnblasenkatheter oder intravenöse Zugänge und Infusionen sind nicht nur potentiell geeignet, den Patienten Schmerzen zuzufügen, sondern berauben sie auch eines Großteiles ihrer Selbstständigkeit, werden in ihren Auswirkungen allerdings unterschiedlich beurteilt. Während ein Patient mit geplanter Zehenamputation aufgrund peripherer arterieller Verschlusskrankheit die Beeinträchtigung durch einen Harnblasenkatheters als gering, da nur kurzfristig notwendig, einschätzte (Interview 17), stellte dies für einen anderen Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom eine deutlich größere Einschränkung dar: Er habe „die Schnauze voll“ von den Operationen, er bekomme bei jeder OP einen Katheter und könne das Wasser deswegen schon nicht mehr halten (Interview 9). Ähnlich wirkt sich die Möglichkeit aus, nach der Operation auf Medikamente angewiesen zu sein, wie es etwa nach einer totalen Thyroidektomie der Fall ist, die zu lebenslanger Einnahme des Hormons Thyroxin zwingt. Daraus resultieren bereits im Vorfeld einer Operation Gefühle der Unselbstständigkeit und des Angewiesenseins auf fremde Hilfe. Verstärkt würde dies im jeweiligen Falle durch die Art der Medikation und ihre spezifischen Nebenwirkungen, die zum Beispiel im Falle einer Immunsuppression ein tatsächliches längerfristiges Angewiesensein auf ärztliche Hilfe und Überwachung bedeuten.

Körperliche Schwäche als Auswirkung einer oder einer Serie von Operationen ist ebenfalls eine direkte Operationsfolge, die den Alltag und damit zum Teil die Lebensinhalte der Patienten beeinflusst. Beeinträchtigungen des Selbstwertes und der psychischen Befindlichkeit können daraus resultieren. Insbesondere der Verlust der Selbstständigkeit, die Unfähigkeit, eigenständig zu handeln und zu entscheiden, wirkt sich auf die Lebensqualität der Patienten aus. Ein vor einer Leberteilresektion stehender Patient litt unter der Unfähigkeit, Gartenarbeit selbstständig durchzuführen. Nach den Operationen fühle er sich immer schwach wie ein „Wackelmännchen“. Er habe keine Kontrolle mehr über sich und könne kaum noch im Garten arbeiten (Interview 9).

Abseits der direkt durch die Operation hervorgerufenen negativen Folgen ist auch das Ausbleiben positiver Folgen als quasi-negativ zu betrachten: Bleibende oder gar verstärkte Schmerzen und funktionelle Beeinträchtigungen, unerfüllte Hoffnungen und Erwartungen, die an die Operation geknüpft wurden. In diesen Fällen können sich mitunter eine oder mehrere (Re)-Operationen anschließen, die entweder das Heilungsergebnis doch noch zu erreichen suchen - wie die wiederholte Operation eines Leistenbruchs nach erneut aufgetretenem Bruch - oder den

Behandlungsverlauf fortsetzen beziehungsweise Folgen der Erstoperation rückgängig zu machen versuchen. Als Beispiel für Letzteres sei die Ileostomarückverlagerung nach Anlegen eines künstlichen Darmausganges genannt. Ein Patient meinte hierzu, wenn es mit der OP nicht klappe, dann müsse er auch weiterleben. Es ginge auch so, wenngleich ein Ileostoma schon eine Beeinträchtigung darstelle (13). Insofern ist das Ergebnis der Rückverlagerung eine positive OP-Folge, die nicht lediglich mit dem Ausbleiben negativer Folgen einhergeht, sondern im Vergleich zum Vorzustand einen positiven Gewinn an Lebensqualität brächte. Dabei ist zu beachten, dass wie auch beim Auftreten von Komplikationen die statistische Wahrscheinlichkeit des Operationserfolges nicht zwangsläufig zur fühlbaren Wahrscheinlichkeit der Patienten wird.

Wie beim bereits Geschilderten ersichtlich wurde, sind neben den eher körperbezogenen Beeinträchtigungen der Operation insbesondere auch die Auswirkungen auf die in ihrem Sozialsystem wahrgenommene Funktion der Patienten zu berücksichtigende Folgen der Operation. Eher subtil, aber dennoch stets präsent ist die Erwartung, nach der Operation das Krankenhaus - endlich - verlassen zu können. Zeit im Krankenhaus ist gleichbedeutend mit Zeit, die nicht mit der Familie, der Arbeit oder sonstigen Elementen der persönlichen Lebensgestaltung verbracht werden kann. Die Abwesenheit des Patienten von diesen Dingen birgt an vielen Stellen ein Verlustrisiko: Verlust sozialer Beziehungen, Verlust des Arbeitsplatzes, Verlust regelmäßig zu übender Fertigkeiten. Bei Angestellten oder Leiharbeitern kann eine unter Umständen mehrwöchige Abwesenheit ein Bangen um die Sicherheit des Arbeitsplatzes bedeuten, so dass für einige Patienten bereits der Gang zum Arzt aus Angst vor Arbeitsplatzverlust erschwert wird. Ein zur Zeit des Krankenhausaufenthaltes als Leiharbeiter beschäftigter Patient schildert diesen Umstand, er sei früher selten, eher zu spät zum Arzt gegangen, meist nur, wenn es nicht mehr gegangen sei. Insgesamt habe er wenig Zeit gehabt, zum Arzt zu gehen, da er seine Arbeit nicht habe verlieren wollen (Interview 4). Dies trifft in ähnlicher Weise auf Selbstständige zu, insbesondere dann, wenn sie die Verantwortlichkeit für Angestellte zu tragen haben oder eine Firma, wie im Beispiel einer Patientin, erst neu gegründet und erst „anlaufen“ muss (Interview 1). Damit im Zusammenhang steht die Sicherung des durch die Arbeit erworbenen Lebensstandards und die Erfüllung finanzieller Verpflichtungen, beispielsweise Kreditvereinbarungen für das Haus, das Auto oder andere Dinge.

Andere den Beruf betreffende Bedenken können aus stark ausgeprägtem Verantwortungsgefühl gegenüber den Kollegen oder den Kunden resultieren. Die ganze Arbeit bliebe liegen (Interview 20), es solle den Kollegen nicht zuviel Arbeit aufgebürdet werden (Interview 3), sind Äußerungen von berufstätigen Patienten, deren Abwesenheit von ihrer Arbeitsstelle eine hohe Belastung für sie darstellte.

Ähnlich wie mit dem Beruf verhält es sich mit Ausbildung und Studium. Zwar hängt die

Existenzsicherung damit nur mittelbar zusammen, doch ergeben sich auch daraus genügend zeitliche, physische und psychische Anforderungen und Belastungssituationen, die eine in diesen Zeitraum fallende Operation mit den entsprechenden Ansprüchen der Schonung und zeitlichen sowie funktionellen Beeinträchtigungen nur schwer möglich erscheinen lassen. Nach der OP aufgrund des Nachblutungsrisiko 7 Tage stationär aufgenommen zu bleiben und sich danach weiterhin schonen zu müssen, bezeichnet eine studierende Patientin als unvereinbar mit dem Studium (Interview 21).

Analog zu den die Arbeit oder Ausbildung betreffenden Sorgen belasten Patienten die Familie betreffende Bedenken. Die Familie müsse auch versorgt werden, ist eine von einer Patientin geäußerte repräsentative Grundhaltung (Interview 20). Diese Fürsorge für die Familie muss für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes entfallen oder sich zumindest auf ein Minimum reduzieren. Häufig gilt die Sorge des Patienten dabei zurückgelassenen Ehepartnern, ob er oder sie allein mit den für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes übertragenen Pflichten der Familienversorgung oder Grundstückspflege zurechtkomme. Beispielhaft schilderte ein Patient, seine Frau sei berufstätig, es müsse auch noch der Kredit für das Haus abbezahlt werden. Er mache sich daher Sorgen um seine Frau, was sie alleine mache (Interview 4).

Die Sorge um die Familie kann sich dann vor allen Dingen negativ auf den Abwägungsprozess auswirken, wenn diese als schutzbedürftig eingeschätzt wird und somit nicht mit dem eigenen Problem der Krankheit und ihrer Behandlung belastet werden kann, sondern in der Auffassung der Patienten noch davor geschützt werden muss. Als prägende biographische und aktuelle familiäre Situation beschreibt eine Patientin, sie sei immer die ältere Schwester gewesen und alles habe klappen müssen, daher müsse nun auch alles klappen. Ihre Eltern motivierten sie zwar, hätten jedoch auch eigene Probleme, wie auch der Bruder, welcher psychisch wenig belastbar sei. Sie habe versucht, ihren Kindern gegenüber Zuversicht auszustrahlen und nicht weiter von der OP zu erzählen, da sie sie nicht belasten wolle (Interview 1). Es kommt hier zur Doppelbelastung der Patienten mit ihren eigenen Beeinträchtigungen und dem wahrgenommenen Problem der Familie mit diesen. Als mögliche Komplikationen werden also nicht nur die unmittelbaren Beeinträchtigungen wahrgenommen, sondern auch die imaginierten Auswirkungen auf die umgebenden Menschen.

Ebenso kann die Veränderung sozialer Rollen eine Folge der Operation sein, die von den Patienten als negativ empfunden wird. Ein geradezu klassisches Beispiel dafür war in der vorliegenden Untersuchung eine Medizinstudentin, die sich selbst einer Operation unterziehen musste, welche sie schon etliche Male „auf der anderen Seite des Tisches“ miterlebt hatte. Die Vorstellung, selbst sowohl auf dem OP-Tisch zu liegen und Objekt des Gespräches im Schwesternzimmer zu sein als

auch sich vom sozialen Umfeld sagen lassen zu müssen, sie erfahre in dieser Situation auch mal, wie es später mal den Patienten gehe, rief großes Unbehagen in ihr hervor und ist zu den negativen Einflüssen auf das Abwägen im Umfeld der OP zu zählen (Interview 21).

Weiterhin zu bemerken ist, dass nicht nur die Operation Beeinträchtigungen mit sich bringt. Auch alternative Behandlungsstrategien haben Beeinträchtigungen, die in Betracht gezogen werden müssen. So fürchtete eine Patientin, die sich einer totalendoprothetischen Versorgung der Hüfte unterziehen sollte, die Abhängigkeit von Schmerzmitteln bei längerer konservativ-medikamentöser Behandlung ihrer Beschwerden (Interview 20).

Zusammenfassend sind einige für die Patienten in der Untersuchung wichtig gewordene, als Einflussfaktoren auf das Abwägen wirkende Beeinträchtigungen der Operation in Tabelle 5 den durch sie beeinträchtigten Lebensinhalten gegenübergestellt.

Tabelle 5: Beeinträchtigungen durch die Operation

Beeinträchtigungen durch die Operation	Beeinträchtigter Lebensinhalt
Abwesenheit (von zuhause, Arbeitsplatz)	Familie: <i>Versorgung, Überlastung Angehöriger</i> Arbeit: <i>wirtschaftliche Einbußen, Verlust des Arbeitsplatzes, Belastung von Kollegen</i> Freizeit/soziales Leben
Komplikationen der Operation <ul style="list-style-type: none"> - körperliche Verstümmelung/ Beeinträchtigung - Schmerzen - aus Narkose nicht mehr aufwachen 	Körperlicher Zustand: <i>Freiheit von Schmerzen, Selbstständigkeit</i> Familie: <i>Versorgung</i> Arbeit: <i>Funktionalität</i> Soziales Leben
operationsbegleitende Maßnahmen (Harnblasenkatheter, Infusionssystem)	Körperlicher Zustand: <i>Selbstständigkeit</i>
Abhängigkeit (Medikamente, ärztliche Hilfe)	Soziales Leben: <i>Unabhängigkeit</i>
Ausbleiben des Operationszieles	entsprechend der Beschwerden
Veränderung sozialer Rollen	Arbeit: Familie: <i>Versorgung, Überlastung Angehöriger</i> soziales Leben

3.2.3. Ergebnis des Abwägens der Operation

Nicht in jedem Patienten kommen alle genannten negativen Folgen von Krankheit und Operation zum Tragen. Die individuelle Einschätzung der Beeinträchtigung erfolgt in der jeweiligen konkreten Lebenssituation des Patienten. Die Beeinträchtigungen durch die Operation stellen zwar potentielle Stressoren dar, sie werden allerdings in einem Abwägeprozess den zu erwarteten positiven Ergebnissen der Operation gegenübergestellt, um die Operation in das Leben der Patienten integrieren zu können. Auf dieser Grundlage lassen sich analog zu den möglichen Ergebnissen des Abwägens der Problemlösungskompetenz auch beim Abwägen der Operation vier mögliche Ergebnisse unterscheiden. Wiederum stellen diese idealtypische Situationen dar, die in der Realität eher als Misch- bzw. Übergangsformen oder gar nur als Tendenzen einer inneren Haltung auftreten. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt und werden nachfolgend erläutert.

Tabelle 6: Ergebnisse des Abwägens der Operation

	Beeinträchtigung durch Operation niedrig	Beeinträchtigung durch Operation hoch
Beeinträchtigung durch Erkrankung hoch	<i>Annahme der Operation</i>	<i>„Zwickmühle“</i>
Beeinträchtigung durch Erkrankung niedrig	<i>Fragwürdigkeit der Operation</i>	<i>Nicht-Annahme der Operation</i>

3.2.3.1. Annahme der Operation

Die Annahme der Operation beschreibt das Ergebnis hoffnungsvoller Erwartung an den Ausgang der Operation, der als den möglichen Komplikationen überlegen bewertet wird.

Hoffnung - keine Schmerzen mehr zu haben, unabhängiger zu sein - ist Inhalt des Abwägens der Sinnhaftigkeit einer OP, ein Bewusstsein für das zu erreichende Ziel. Sie ist Bedingung, unter der eine Entscheidung für die OP bewusst getroffen wird. Die Hoffnung der Patienten zielt auf den erwarteten Zweck der Operation. Sie bezieht sich damit maßgeblich auf die zur Operation führenden Beschwerden beziehungsweise die Grundkrankheit.

Ein wesentliches Ziel einer Operation ist die Verbesserung der Lebensqualität. Dies kann zum einen erreicht werden durch Linderung von Beschwerden, insbesondere Schmerzen. Eine Patientin mit Morbus Cushing beschreibt ihr in Aussicht stehendes Ziel der Operation, sie wolle endlich keine Schmerzen in allen Körperteilen mehr haben und wieder richtig sitzen und schlafen können. Es könne eigentlich nach der OP nur besser werden (Interview 1). Zum Anderen kann die Wiederherstellung verlorener Körperfunktionen wie normalen Stuhlganges als Ergebnis einer

Ileostomarückverlagerung dazu beitragen, wie im Kapitel 3.2.1. über die Beschwerden bereits dargelegt wurde.

Ein anderes Ziel einer Operation kann die Erhaltung oder Verlängerung des Lebens an sich durch Aufhalten des Krankheitsfortschrittes sein. Besondere gilt dies bei Tumorerkrankungen. Ein Ausdruck dieses vor Augen stehenden Zieles, auf das sich die Hoffnung der Patienten richtet, ist die bereits erwähnte Äußerung einer Patientin mit Gallenblasenkarzinom, es sei gut, dass noch eine Operation möglich sei (Interview 7).

Als Kombination dieser Motive gibt es Operationen, die in einen größeren Kontext eines Heilungsprozesses eingebunden sind und in der Patientenwahrnehmung lediglich kleine Schritte auf dem Weg zu einem größeren Gesundheitsziel darstellen. Ein Beispiel dafür ist die Thyroidektomie bei sekundärem Hyperparathyreoidismus aufgrund chronischen Nierenversagens. In der Wahrnehmung des Patienten dient sie dazu, ihn in den Gesundheitszustand zu versetzen, in dem er eine Nierentransplantation erhalten kann, die sowohl seine Lebenserwartung als auch die Lebensqualität durch einen Gewinn an Unabhängigkeit deutlich verbessere. Dies sei das Gesamtziel, auf das er mit dieser OP hinarbeite (Interview 15).

3.2.3.2. Nicht-Annahme der Operation

Wenn die Operation bereits im Vorfeld keine ausreichende Sicherheit bietet, dass die Beeinträchtigungen der Krankheit abgewendet werden oder die Beeinträchtigung durch die Operation gar höher sein könnte, addieren sich die Risiken der Operation zu den Risiken der Krankheit an sich. Es kommt bei den Patienten somit zu einer Nicht-Annahme der Operation. Ein bereits geschilderter Patient mit chronischer Pankreatitis bringt dieses Ergebnis in dem Gedankenspiel zum Ausdruck, er lasse sich nicht operieren, wenn er keine Schmerzen habe, man müsse ja nicht einfach so den ganzen Bauch aufschneiden (Interview 8). Die Nicht-Annahme ist abzugrenzen von der Situation, in der ein Patient die Operation offen ablehnt und seine Zustimmung verweigert. Nicht-Annahme bedeutet also formale Zustimmung zu einer Operation – beispielsweise aufgrund der als sehr hoch eingeschätzten Problemlösungskompetenz der Ärzte oder sehr gering eingeschätzten eigenen Problemlösungskompetenz – trotz einer inneren Haltung, die von der Sinnhaftigkeit der Operation nicht überzeugt ist.

3.2.3.3. Zwickmühle

In einer sehr schwierigen Situation befinden sich Patienten, die die Beeinträchtigung durch die Erkrankung als hoch einschätzen und deutlich am eigenen Leib spüren, gleichzeitig aber auch die Beeinträchtigung durch die Operation und den damit verbundenen Krankenhausaufenthalt als ebenso hoch erfahren.

Ein sichtlich bedrückter Patient mit hepatozellulärem Karzinom, der seiner Operation sehr angstvoll entgegensah, beschrieb seine ungewisse Situation: Keiner wisse richtig, wie es weiterginge, das mache ihm zu schaffen. Er gab gleichzeitig an, vor lauter Schmerzen wenig belastungsfähig zu sein, betonte aber, unbedingt arbeiten gehen zu müssen. Mit seiner Frau habe er ein Haus abzubezahlen, auch werde der Sohn von ihnen unterstützt. Daher ginge es nicht anders, er müsse arbeiten (Interview 4). Beeinträchtigungen der Operation und der Krankheit halten sich die Waage, ohne dass eine Möglichkeit als deutlich überlegen gefunden werden kann. Entsprechend ist die innere Haltung der Patienten zu der Operation unsicher und wenig gefestigt.

3.2.3.4. Fragwürdigkeit der Operation

Ein in dieser Untersuchung nicht bei Patienten festgestelltes, aber dennoch theoretisch mögliches Ergebnis des Abwägens der Operation ist die Feststellung der Fragwürdigkeit der Operation. Diese ergibt sich, wenn zwar die Beeinträchtigungen durch die Operation als niedrig eingeschätzt werden, die Beeinträchtigungen durch die Erkrankung selbst jedoch ebenfalls eher gering wahrgenommen werden.

4. Vor-, Krankheits- und Nicht-Wissen

Entscheidend für den Erwerb einer inneren Haltung zur Operation und Einflussfaktor für das Abwägen zeige sich in dieser Untersuchung das ihre Krankheit betreffende Wissen und Verständnis der Patienten sowie die bereits gemachten Vorerfahrungen im medizinischen Bereich, aber auch in sonstigen Lebenssituationen und anderen Kontexten.

Nachvollziehbar wird die Einschätzung einer Operation als Lösungsmöglichkeit für die aktuelle Problemsituation von den vorhergehenden Erfahrungen mit (Miss-)Erfolg und Nebenwirkungen bestimmter Behandlungsmethoden und Therapieversuche beeinflusst. Dabei muss nicht jede Erfahrung selbst gemacht und durchlebt werden. Auch weitergegebene Fremderfahrungen über Erfolg oder Nichterfolg einer Operation oder sonstigen medizinischen Behandlungsoption wird dem eigenen Erfahrungsschatz und, wo möglich, dem Wissen über die Krankheit hinzugefügt. Eine vor einer Tonsillektomie stehende Patientin erzählte, dass sie vor der Entscheidung mit ihrer Tante telefoniert habe, um deren Erfahrungen mit den Auswirkungen der Operation zu erfragen, dies habe ihr eine positive Erfahrung geben können, was hat ihr Mut gemacht habe (Interview 21).

Eine negative eigene Vorerfahrung mit einer Behandlungsmethode, beispielsweise bei einer Patientin rezidivierende Schmerzen nach einer Lebercystenpunktion, kann eine höhere Wertschätzung einer anderen Therapie, in diesem Falle der vollständigen operativen Cystenentfernung, zur Folge haben. Sie schildert, die Punktion sei ziemlich schmerzhaft gewesen, sie habe eine Woche im Krankenhaus bleiben müssen, dann habe sich die Zyste wieder gefüllt. Nun wolle sie die endgültige Operation (Interview 14). Die Angst vor dieser aktuellen Maßnahme kann so gemildert und die Hoffnung auf Besserung gestärkt werden. Dies findet seine Grenzen allerdings in wiederholten ärztlichen Schilderungen der Überlegenheit der einen oder anderen Behandlungsmethode, ohne dass bei einer von diesen eine tatsächliche Besserung spürbar wird. Solche Erlebnisse wirken sich negativ auf die Einschätzung zukünftiger neuer Behandlungsmethoden aus, wie das bereits erwähnte Beispiel eines Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom verdeutlicht: Er nehme ständig ab bei den OPs und fühle sich nach den Operationen immer schwach, wie ein „Wackelmännchen“. Vor lauter Schmerzen und aus Angst vor den OPs habe er sich sogar schon das Leben nehmen wollen (Interview 9). Aus den Erfahrungen der Krankheitsgeschichte ist also die Erfahrung der Beeinträchtigungen durch Operationen und ihren Begleitmaßnahmen besonders hervorzuheben. Sie kann sich zum Beispiel in der Unfähigkeit, Wasser zu halten, ausdrücken, was einen Harnblasenkatheter notwendig macht, der dann wiederum als unmittelbar mit einer Operation in Zusammenhang stehende Erfahrung wahrgenommen und empfunden wird. Derselbe Patient berichtete weiter, er bekomme bei jeder OP einen Katheter und könne dadurch das Wasser nicht mehr selbst halten. Die Ärzte machten nach seiner Auffassung

diese Eingriffe selbst dann, wenn man sagt, man wolle sie nicht (Interview 9). Gerade die letzte Äußerung drückt ein generalisiertes Gefühl von Hilflosigkeit aus, in der der Patient sich selbst als unfähig erlebt, wirksam die Möglichkeiten und Beeinträchtigungen der Operationen abzuwägen, wenngleich er infolge der Operationen auch Schmerzreduktion erlebte. Dazu trägt die Erfahrung bei, dass vorher getroffene Einschätzungen geändert oder relativiert werden mussten, da das Endergebnis nicht den Erwartungen entsprach. Dies wirkt sich auf die Einschätzung der eigenen Fähigkeit aus, im weiteren Verlauf Abwägungen durchführen zu können, die eine Annahme der Operation ermöglichen. Dies ließ ihn unfähig erscheinen, zwischen möglichen positiven und negativen Folgen der nun anstehenden Operation abzuwägen. Die Folge waren Resignation und Hilflosigkeit, die sich Äußerungen wie „man muss den Ärzten ja glauben“ und „sie machen's ja trotzdem, auch wenn man sagt, man will es nicht“ ausdrückten.

Schwierig ist auch der Umgang mit eigenen Erfahrungen oder Fremdbberichten von Operationen, die nicht funktioniert haben oder bei denen es zu Komplikationen gekommen ist. Abhängig von der subjektiven Krankheitsvorstellung versuchen Patienten, einen dafür verantwortlichen Umstand zu identifizieren, der dann zum Beispiel in den operierenden Ärzten oder dem Krankenhaus selbst - Krankenhauskeimen wie MRSA - liegen kann. Eine Patientin antwortete auf die Frage, warum sie sich gerade in Jena operieren lassen möchte, sie habe im Fernsehen gesehen, dass in ihrem Heimatkrankenhaus die „Killerkeime“ seien und ihr Nachbar daran „elendiglich krepirt“ sei (Interview 6). Für nachfolgende Operationen kann sich in diesem Falle die Anstrengung der Patienten darauf konzentrieren, die erkannten Fehlerursachen auszuschließen und dadurch mehr Sicherheit und Zuversicht für den anstehenden Eingriff zu gewinnen.

Diese Maßnahmen können nicht ergriffen werden, wenn kein verantwortlicher Umstand für die vorhergehenden Komplikationen ausfindig gemacht werden konnte. Es bleibt das Gefühl der Unsicherheit, nicht zu wissen, woran es gelegen hat und ob beziehungsweise mit welcher Wahrscheinlichkeit es bei einer erneuten OP wieder auftreten kann. Ein Gespräch mit einer Patientin mit bereits einseitig eingesetzter Hüft-Totalendoprothese bei angeborener Hüft dysplasie verdeutlicht dies. Sie berichtet von bestehenden postoperativen Schmerzen, die auf ein erneutes Herausgleiten des Hüftkopfes zurückzuführen waren. Danach habe sie noch einmal 7 Tage liegen müssen, stets begleitet von der Ungewissheit, was ihr als nächstes wiederfahren werde. Dies löste noch in der Rehabilitationsklinik ein beständiges Hilflosigkeitsgefühl in ihr aus. Dabei macht sie für die Komplikationen explizit nicht die ärztliche Behandlung bzw. die Ärzte selbst verantwortlich, die Ursachenzuschreibung bleibt für sie im Ungewissen (Interview 20).

In gleicher Weise wirken sich erfolgreiche vorherige Behandlungen und Operationen auf die Beurteilung anstehender Eingriffe aus. Kann auf positive Erfahrungen zurückgegriffen werden,

beeinflusst dies die Bereitschaft zur Annahme der notwendigen Behandlung. Ein Patient, der im Begriff war, seine letzten drei Zehen amputieren zu lassen, schildert seine positiven Vorerfahrungen, indem er betont, er habe schon so viele OPs gehabt, dass lediglich nach der ersten Amputation das Laufen schwierig gewesen sei. Es gehe jetzt jedoch ganz gut, er könne zwar keinen 100-m-Lauf mehr machen, habe sich aber sonst daran gewöhnt (Interview 17). Dabei ist jedoch zu beachten, dass ein positives Endergebnis wie zum Beispiel Schmerzreduktion nach einer Totalendoprothese der Hüfte nicht zwangsläufig als allein positive Erfahrung zurückbleibt. Denn ebenso wie das Ergebnis zählt auch der Weg dorthin als Erfahrung für die Patienten. Dieser kann durchaus mit starken Schmerzen, längeren Krankenhausaufenthalten und erzwungener Inaktivität einhergehen. Im Beispiel der Patientin mit Hüft-Totalendoprothese (Interview 20) standen die lange Aufenthaltsdauer im Krankenhaus mit der Unfähigkeit, selbstständig das Bett zu verlassen und die Re-Luxation der Prothese im Vordergrund. Dadurch wurde das positive Endergebnis der Schmerzreduktion von negativen Erlebnissen überschattet, so dass die Erfahrung im Zusammenhang mit dieser Operation nicht als hauptsächlich positiv wahrgenommen werden kann.

Eine wichtige Vorerfahrung ist ebenso das Erlebnis einer realen oder potentiellen Bedrohung. Es kann Einfluss auf die Annahme einer nachfolgenden Operation haben und fließt in das Abwägen mit ein. So kann die Nachricht, es handle sich bei der Erkrankung doch nicht um eine Tumorerkrankung, dazu führen, dass die notwendige Operation als wesentlich weniger beeinträchtigend eingeschätzt wird, als dies ohne die vorhergehende Angst vor einem Tumor der Fall gewesen wäre. Dies wurde bereits an einem Patientenbeispiel erläutert, in welchem der Patient berichtete, er habe ein tennisballartiges Geschwulst am Bauch entdeckt und sich gefragt, ob das ein Tumor sein könne, er habe darüber gelesen. Er sei dann in die Klinik zur Diagnostik gegangen, wo er die Nachricht, dass es kein Tumor sei, wie eine „Erlösung“ empfang. Bezüglich der dennoch notwendigen Operationen äusserte er lediglich, Komplikationen träten bei der OP selten auf und die Ärzte machten das sicher gut (Interview 5).

Die aus solchen Erfahrungen gewonnene subjektive Krankheitsvorstellung beeinflusst durch das Wissen um Prognose und Komplikationen auch die Bedrohlichkeit der Krankheit. Dabei bietet sie keine Gewissheit, in welcher Form sich der Krankheitsverlauf entwickeln wird, aber eine Grundlage, das Therapieverfahren auszuwählen und die Notwendigkeit oder Möglichkeit verschiedener Therapieoptionen - oder der Option des Nicht-Handelns - abzuwägen. Zur Einschätzung der Gefährlichkeit einer Krankheit oder Operation beziehungsweise den danach jeweils zu erwartenden Beeinträchtigungen bedarf es bei dem Patienten sogar explizit dieses Wissens über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten. Ein Patient mit in Lunge und Leber metastasiertem Prostatakarzinom, der über seine eher ungünstige Prognose offensichtlich

nicht genau im Klaren war und nur wenig Wissen über seine Krankheit hatte, meinte, er wisse nicht genau, was eigentlich in seiner Lunge sei und wenn es nicht als bösartig erkannt worden sei, würde er es nicht operieren lassen wollen (Interview 9). Lediglich die Information der „Bösartigkeit“ der Erkrankung konnte ihn also bewegen, sich einer weiteren Operation zu unterziehen, wenngleich er sie mit konkretem Inhalt zu füllen nicht in der Lage war. Gleichermäßen urteilte ein Patient mit chronischer Pankreatitis, bei dem eine Stentimplantation geplant war, er ließe sich nicht operieren, wenn er keine Schmerzen habe, man müsse ja nicht „einfach so“ den ganzen Bauch aufschneiden (Interview 8). Die physiologische Funktion des Pankreas spielte in seiner Entscheidungsfindung offensichtlich keine Rolle.

Insbesondere in Situationen, in denen die Krankheit an sich keine Schmerzen oder sonstigen Beschwerden verursacht, ist die erstellte Prognose die entscheidende Grundlage für das Abwägen der Vor- und Nachteile der Operation. Sie gibt die Wahrscheinlichkeit bestimmter Entwicklungen mit ihren möglichen Folgen wieder. Auf dieser Grundlage kann der Patient entsprechend seinen Fähigkeiten einschätzen, mit welchen Folgen bei verschiedenen Handlungsmöglichkeiten zu rechnen ist. In der Gegenüberstellung dieser Folgen kann eine Gewichtung der möglichen Beeinträchtigungen stattfinden. Danach kann wieder die Einschätzung der eigenen Ressourcen in jeder der möglichen Problemlagen zum Tragen kommen.

Die Prognose steht durch die Beschreibung der wahrscheinlichen Krankheitsentwicklung und der daraus entstehenden Benachteiligungen oder Verbesserungen im Leben des Patienten in engem Zusammenhang mit der Bedrohlichkeit. Sie kann sich sowohl auf die Krankheitsentwicklung ohne als auch nach diversen Therapien beziehen. Nicht immer ist die Prognose der Krankheit dem Patienten in vollem Umfang bekannt, mitunter auch von ärztlicher Seite schwer zu ermitteln. Daraus resultiert eine Ungewissheit, die die Bewertung der Erkrankung und die Einschätzung des Handlungsbedarfes erschwert. Insbesondere unklare Prognosen bei verschiedenen Therapieoptionen erschweren die Entscheidungsfindung des Patienten und die lösungsorientierte Auseinandersetzung mit dem gewählten Behandlungsweg. Bei Ungewissheit der Prognose über den Verlauf gibt es nichts, worauf Patienten sich einstellen können beziehungsweise worauf sie die eigenen Fähigkeiten beziehen können. Das Einschätzen der konkreten Situation und des Handlungsbedarfes wird somit erschwert. Deutlich wird dies am Beispiel eines Patienten mit hepatozellulärem Karzinom, dessen Wahl zwischen Operation oder Chemotherapie durch keine zuverlässige Vorhersage über den weiteren Krankheitsverlauf unterstützt werden konnte (Interview 4).

Die Prognose kann sich auch auf die notwendige Behandlungsdauer beziehen. Nicht immer ist die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus im Voraus bekannt, sondern richtet sich nach dem Verlauf der Erkrankung. Insbesondere Krebserkrankungen haftet hierbei etwas Unberechenbares an, da ihr

Verlauf häufig nicht vorhergesehen werden kann. Er habe „die Schnauze voll“, er wolle endlich keine OPs mehr, sondern nur noch nach Hause, ist alles, was ein Patient mit metastasiertem Prostatakarzinom über die mutmaßliche Aufenthaltsdauer sagen kann (Interview 9). Diese Ungewissheit der Prognose und die damit verbundene Schwierigkeit des Abwägens, resultierend in einem nicht abschließbaren Abwägeprozess, wirken offensichtlich als Stressor auf den betroffenen Patienten. Gleichzeitig wirkt es ebenfalls nur teilweise entlastend auf Patienten, wenn zwar eine Prognose im Sinne guter oder schlechter Behandelbarkeit gegeben wird, der genaue weitere Verlauf aber unklar bleibt. Eine Patientin mit Gallenblasenkarzinom konnte zwar von einer guten Prognose berichten und erwähnte, froh zu sein, dass überhaupt noch eine Operation durchführbar sei. Dennoch wünsche sie sich einen „klaren Fahrplan“, wie die Diagnostik weitergehe und wann operiert werde. Dies werde von Seiten des Personals nicht ausreichend kommuniziert (Interview 7). Demgegenüber lässt sich der Heilungsverlauf einer Thyroidektomie eher vorhersagen und kann gegenüber dem Patienten kommuniziert werden. Eine Patientin, die für eine solche Operation aufgenommen wurde, erklärt bezüglich ihrer Aufenthaltsprognose, sie solle Ende der Woche entlassen werden, da ihre Eltern dann goldene Hochzeit hätten. Es sei gut, wenn sie so ein Ziel vor Augen habe (Interview 3).

Eine Vorstellung von Krankheits- und Genesungsverlauf ist daher unabdingbar, um die Krankheit in das eigene Leben einordnen und eine Therapieentscheidung treffen zu können. Es spielt hierbei für die Durchführung des Abwägeprozesses zunächst keine Rolle, ob diese subjektive Krankheitsvorstellung den medizinischen und naturwissenschaftlichen Tatsachen entspricht und wie dieses Wissen erworben wurde. Die Hauptfunktion liegt darin, die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten fassbar und bewertbar zu machen, wobei es sich auf den Grad der Mitbestimmung auswirkt. So war eine der Hauptängste einer Patientin mit symptomatischer Leberzyste neben den Schmerzen die Tatsache, dass durch die Zyste eine Beule entstehen könnte, schließlich sei nicht so viel Platz im Bauch, eine Beule müsse man bei ihrer schmalen Statur von aussen sehen. Sie entschloss sich daher zu einer Operation, trotzdem die zuvor behandelnde Ärztin ihr riet, nicht zu operieren, da die Operation sehr schwierig sei (Interview 14).

Im Idealfalle wird im Gegensatz dazu das medizinisch fundierte Wissen durch den behandelnden und aufklärenden Arzt vermittelt und der Patient so zum Verständnis der Krankheit und ihrer Prognose befähigt. Dazu gehört vor allen Dingen das Aufklärungsgespräch sowie alle sonstigen neuen Informationen, die den Patienten bezüglich ihrer Operation gegeben werden und abhängig vom Zeitpunkt der Informationsaufnahme, ein erneutes Abwägen nach sich ziehen.

Der patientenseitige Bedarf an Wissen über die eigene Krankheit resultiert dabei, wie oben beschrieben, aus der Abwägung, in welchem Maße der Patient selbst an seiner Genesung

mitzuwirken in der Lage sein kann und will. Hierbei beeinflusst auch die Erwartung an sich selbst, die eigenen Fähigkeiten und die Selbstständigkeit, wie viel ein Patient an Wissen über die eigene Krankheit zu erwerben bereit ist. In der Untersuchung gab es auch Fälle, in denen die Eigeninitiative der Patienten entscheidend für den Erwerb von Wissen über das Krankheitsbild war. Die erwähnte Patientin mit Morbus Cushing erwarb die hauptsächliche Motivation, sich selbst Informationen zu suchen, aus der Erfahrung, niemand anders könne ihr helfen oder ihre Schmerzen nachvollziehen. Daraus resultierte die Erwartung, dass sie sich selbst so weit wie möglich helfen müsse. Sie habe 9 Jahre lang Schmerzen gehabt und niemand habe es erkannt. Ihre besondere Angst in dieser Zeit sei gewesen, als psychosomatisch „abgestempelt“ zu werden. Dies bedingte ein gewisses Misstrauen gegenüber Ärzten, die ihr keine fassbare Diagnose bieten konnten, sodass sie dies schließlich selbst tat. So stand sie in der Untersuchung vor der Herausforderung, die unmittelbar vor der Operation gegebene, ihre Krankheitsvorstellung ergänzenden Informationen zu verarbeiten und neu abzuwägen. Im Krankenhaus, unmittelbar vor der Operation, wurde sie von ärztlicher Seite darüber informiert, dass die Operation wahrscheinlich schwieriger werden würde als gedacht, da der Tumor in einer sehr komplizierten Lage liege, was ihr vorher in diesem Ausmaß wohl nicht bewusst war. Daraufhin wurde sie unruhig und nervös, ihre Angst stieg merklich. Sie musste innerhalb kürzester Zeit neu zwischen der Beeinträchtigung durch die Operation und erhofftem Vorteil abwägen. Die bisher gefundenen Wege, mit möglicherweise negativen Operationsfolgen umgehen zu können, wurden in Frage gestellt, die Wahrscheinlichkeiten, mit Beeinträchtigungen für sie und ihre Familie leben zu müssen, verschoben sich. Im Verlaufe des Gespräches konnte sie sich ihrer Ressourcen und ihrer bisherigen Lebensleistung neu bewusst werden und eine positive Einstellung gegenüber der Operation wiedergewinnen. Ihre Zuversicht stärke sie, sie habe die Hoffnung, dass danach die Schmerzen vorbei sein werden (Interview 1).

Ein Sonderfall ist der demente oder in sonstiger Weise geistig stark eingeschränkte Patient, der weder über Wissen über seinen aktuellen Zustand noch die Entwicklung hin zu diesem verfügt und auch nicht in der Lage ist, darauf aufbauend Therapieentscheidungen zu treffen. In einem illustrativen Extremfall in der Untersuchung konnte ein Patient, der zur Anlage eines Zentralvenenkatheters kam, weder den Grund für die Operation noch deren Inhalt angeben. Ein Abwägen der Operation war ihm vor diesem Hintergrund schlicht nicht möglich (Interview 11).

5. Einordnung der Operation in die Lebenssituation

Als Resultat des Abwägens steht gemäß dem Modell des Abwägeprozesses eine innere Haltung der Patienten zu ihrer Operation. Dies ist Voraussetzung für eine mehr oder weniger gelungene Einordnung der Operation als sinnvolles Ereignis in das Leben der Patienten mit ihren im Kapitel 2 erläuterten wahrgenommenen Funktionen. Das Erfüllen der empfundenen Aufgaben beziehungsweise die Wiederherstellung der Funktionalität in Familie, Arbeit und sozialem Umfeld entsprechend den Lebensinhalten der Patienten ist eine wesentliche Erwartung an die Operation. Abgewogen wird, inwieweit sich die möglichen Folgen der Operation auf den Lebensinhalt und die Erfüllung der wahrgenommenen Funktion auswirken. Eine Verkäuferin musste sich beispielsweise vor einer Thyroidektomie damit auseinandersetzen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit einer Stimmbandlähmung nach Recurrensparese ist und ob und wie sie damit ihre berufliche Funktion noch wahrnehmen kann. (Interview 3). Eine entstehende Dissonanz zwischen den Lebensinhalten, wahrgenommenen Funktionen und Anforderungen sowie dem Aufenthalt im Krankenhaus kann negativ auf den Abwägeprozess wirken und die Einordnung in die Lebenssituation erschweren. Bei der Schilderung der familiären und beruflichen Situation eines Patient mit hepatozellulärem Karzinom, die dem Krankenhausaufenthalt zuwider läuft, wird dies deutlich. Er und seine Frau müssten arbeiten, um sowohl das Haus abzubezahlen als auch den Sohn finanziell zu unterstützen, anders ginge es nicht, er sei daher gezwungen, arbeiten zu gehen (Interview 4). Dadurch war er unter sichtlich hoher Anspannung und konnte der Operation nicht zuversichtlich entgegensehen. Zwar stand für ihn sein eigenes Überleben zur Disposition, dennoch konnte er zum Zeitpunkt des Gespräches noch keine definitive Entscheidung zur Annahme der Operation treffen. Im momentanen Ergebnis seines Abwägens drückte sich eher die Situation der Zwickmühle, gepaart mit Hilflosigkeit aus.

Nach Abwägen der unterschiedlichen Beeinträchtigungen durch die Operation und die Krankheit kann die Annahme der Operation auch nur unter bestimmten Bedingungen, die den eigenen Anforderungen genügen, erfolgen. Eine dieser Bedingungen kann ein bestimmter Zeitpunkt sein, zu dem die Beeinträchtigungen der sozialen Funktion als am geringsten eingeschätzt werden. Dies kann beispielsweise ein Zeitpunkt sein, in dem die Arbeitskollegen nicht durch Mehrarbeit belastet werden, wie eine Patientin berichtet, die die Operation zu keinem anderen Zeitpunkt als den Betriebsferien durchführen lassen hätte (Interview 3) oder in dem das eigene Fortkommen zum Beispiel im Studium nicht beeinträchtigt wird. Hierfür bieten sich Betriebs- oder Semesterferien an, wie eine Medizinstudentin berichtete, die gerade nach dem Absolvieren des Physikums Zeit und Gelegenheit für die Operation gehabt habe (Interview 21). Gerade diese Ansätze zur Einordnung der Operation in die Lebenssituation wirken durchaus auch zurück auf den Prozess des Abwägens,

wenn sich etwa die zeitlichen Umstände ändern, der Partner beispielsweise unerwartet Urlaub bekommt und somit Versorgungsaufgaben der Patientin übernehmen kann (Interview 14).

Während des Aufenthaltes im Krankenhaus, insbesondere wenn er länger andauert, werden die Erfahrungen hinsichtlich der Trennung von Familie, Beruf und gesellschaftlichem Umfeld konkreter. Es werden, durch Besuche, Telefonanrufe oder auch eigene Vorstellungen, die Auswirkungen des eigenen Fehlens und der Nichtwahrnehmung der Verpflichtungen und Funktionen deutlich. Dies kann wiederum auch Entlastung bedeuten, wenn wahrgenommen wird, dass die aktuelle Situation durch die betroffenen Angehörigen, Arbeitskollegen und Freunde gemeistert werden kann. Genauso kann die Familie auch von Beginn an als positiver, protektiver Faktor wirken, wenn ihr die Auseinandersetzung mit dem eigenen Problem zugemutet und ihre Hilfe in Anspruch genommen wird. Wer gewohnt ist, Probleme mit der Familie zu besprechen, empfindet das Mitwissen der Familie eher als weniger belastend, sondern mehr fördernd. Die Erfahrung, dass die Angehörigen auch in Problemsituationen in der Lage sind, ihr Leben zu meistern, kann von der Sorge um dieselben entlasten. Ihre Familie rate ihr meistens zu den medizinischen Behandlungen, Probleme würden meistens allseitig mit der ganzen Familie diskutiert, stellte ein Patient mit Leistenbruch die familiäre Situation dar (Interview 3).

Die Einordnung der Operation in die Lebenssituation gestaltet sich umso schwieriger, je höher - bedingt durch die Prognose - die Wahrscheinlichkeit ist, wichtige Lebensinhalte und Funktionen danach nicht mehr wahrnehmen zu können. Auch wenn in der Gesamteinschätzung des Patienten die Beeinträchtigungen durch die Operation als niedriger empfunden werden als die Beeinträchtigung durch die Krankheit, können sie doch durch ihr bloßes Vorhandensein angstausslösend wirken. Zwar kann die Einschätzung der Beeinträchtigung durch die Folge der Krankheit immer noch als Grund für die Operation überwiegen, jedoch vergrößert sich durch die entstehende Dissonanz möglicherweise der Stress für die Patienten.

In der Konsequenz dieses Abwägens wird jeder neue Behandlungsschritt und jede neue Anweisung des Arztes auf die Auswirkungen auf die Funktionen geprüft und im Rahmen der Behandlung der beeinträchtigenden Erkrankung angenommen oder mit Betonung der höheren Beeinträchtigung des Lebensinhaltes verworfen. Die Aussage einer Patientin, sie wolle Ende der Woche entlassen werden, da dann die Goldene Hochzeit ihrer Eltern sei, lässt vermuten, dass im Falle eines längeren Aufenthaltes die Compliance der Patientin absinken würde, da die Beurteilung der Beeinträchtigung der Behandlung anders ausfallen wird als vor der Operation (Interview 3). Kann die den eigenen Lebensinhalten entgegenstehende Anweisung des Arztes nicht verworfen werden, so entsteht aus dieser Dissonanz Stress, wie am Beispiel eines Patienten mit hepatozellulärem Karzinom (Interview 4) bereits dargestellt wurde.

Ergebnisse des Abwägens, die die Einordnung der Operation in das Leben der Patienten wahrscheinlich machen, sind Zusammenarbeit und Anvertrauen beim Abwägen der Problemlösungskompetenz sowie die Annahme der Operation nach dem Abwägen der Operation. Alle anderen möglichen Ergebnisse beider Abwägeprozesse sind führen prinzipiell dazu, die Einordnung der Operation als sinnvolles Lebensereignis zu erschweren. Ebenfalls erschwerend wirkt eine Situation, in der ein Patient eine Entscheidung treffen muss, ohne den Prozess des Abwägens zu Ende geführt haben zu können. Ein Beispiel dafür sind Tumorerkrankungen wie Gallenblasenkarzinom, die ein zügiges Handeln ohne größeren Zeitverlust erfordern. Die medizinisch angeratene Operation muss angenommen werden, ohne dass eine vollständige Einordnung in die eigene Lebenssituation stattfinden kann. Hier wächst die Bereitschaft und das Bedürfnis, einen klaren medizinischen „Fahrplan“ zu bekommen, wie es eine Patientin ausdrückte (Interview 7). Dies erleichtert immerhin das Abwägen über verschiedene Behandlungsoptionen und deren spezifische Nachteile und ermöglicht die Konzentration auf eine bestimmte Konstellation von Beeinträchtigung durch die Behandlung und Beeinträchtigung durch die Krankheit. Es kommt durch die Verknappung der Möglichkeiten also zu einer Beschleunigung des Abwägeprozesses, der dann möglicherweise zur Annahme der Operation und ihrer sinnvollen Einordnung in die Lebenssituation führen kann. Möglich wird dies allerdings nur, wenn der oben beschriebene Prozess des Abwägens eigener und fremder Problemlösungskompetenzen in Zusammenarbeit oder Anvertrauen resultiert, den Ärzten also Vertrauen in Bezug auf die zu unternehmenden Maßnahmen entgegengebracht werden kann.

In Tabelle 7 sind als präoperative Zustände die Ergebnisse des Abwägens aufgeführt, bei denen mit einem einer erschwerten Einordnung der Operation in die Lebenssituation und wahrgenommene Funktionen gerechnet werden muss.

Tabelle 7: potentielle präoperative Stressoren

Abwägeprozess allgemein	noch nicht beendet/nicht durchführbar: Ungewissheit/Unplanbarkeit, Mangel an Informationen
Abwägen der Problemlösungskompetenzen	Misstrauen Hilflosigkeit
Abwägen der Operation	Nicht-Annahme der Operation Zwickmühle Fragwürdigkeit der Operation

Diskussion

1. Methodische Diskussion

1.1. Methodenwahl

1.1.1. Grounded Theory als Methode der Wahl

Das Ziel der Arbeit war es, die Stressoren von vor einer Operation stehenden Patienten aufzuzeigen und gegenüber den Voruntersuchungen – exemplarisch seien Janis, Höfling und Salmon genannt - zu aktualisieren (Höfling 1988, Janis 1958, Salmon 1992c). Weiterhin sollte der Umgang mit diesen sowie die Einordnung des mit diesen Stressoren behafteten Eingriffes in das Leben der Patienten untersucht werden.

Für diese Zielstellung bot sich grundsätzlich eine qualitative Untersuchung als geeignete Methodik an. Mit dem Ziel der Aktualisierung sollte gleichzeitig nicht auf bereits etablierte Hypothesen zurückgegriffen werden. Bei der Komplexität der Thematik erschien eine vorsätzliche Einengung, wie sie bei quantitativ-statistischen oder halbqualitativen Untersuchungen durch den Einsatz von Fragebögen vorgenommen wird, als mit den Zielen der Untersuchung nicht vereinbar. Ausgehend von diesen Überlegungen wurde auch auf die Benutzung eines Interviewleitfadens, der wiederum eine vorausgehende hypothetische Annahme - möglicherweise gar eine Vorwegnahme - des Gesprächsinhaltes erfordert hätte, verzichtet. Somit verblieb die oben beschriebene Grounded Theory-Methodik nach Glaser und Strauss als die Methode der Wahl, die die Voraussetzungen bot, die gestellten Ansprüche zu erfüllen.

1.1.2. Vorannahmen

Entsprechend der Herangehensweise der Grounded Theory sollten über das zu untersuchende Gebiet keine Vorannahmen existieren, selbst die Literaturrecherche im Vorfeld muss sich auf ein Minimum beschränken (Glaser 1992, Glaser 1998). Dennoch erscheint es illusorisch, dem Untersucher keinerlei Vorannahmen zu unterstellen und ihn als völlig neutralen Beobachter zu erachten, gleich ob qualitative Studie, quantitativ-statistische Erhebung oder experimentelle Laborarbeit (Haraway 1991, Latour und Woolgar 1986, Nagel 1986). In jedem Falle besteht bei dem Untersucher Vorwissen, Vorstellungen oder Ideen von dem zu bearbeitendem Gebiet. Ähnliches beschreibt Glaser, wenn er von „preconscious memory“, dem vorbewussten Gedächtnis, spricht, das sich bei der Niederschrift der Gesprächsnotizen nicht nur, wie von ihm postuliert, auf das im Interview Beobachtete und Gehörte bezieht, sondern auch auf vorher Gesehenes und Gehörtes (Glaser 1998). Es ist daher unmöglich, dem Untersucher die vollständige Abwesenheit

von vorgefassten Hypothesen zu unterstellen oder von ihm zu fordern. Vielmehr kommt es nach Malterud darauf an, dieses Vorwissen darzustellen und beispielsweise mittels komparativer Analyse für die Untersuchung fruchtbar zu machen, um sie in die Ergebnisse einarbeiten zu können (Malterud und Hollnagel 1999).

Auch in der vorliegenden Untersuchung existierten bestimmte Vorannahmen, die aus der den Anstoß zur Untersuchung liefernden Lektüre insbesondere von Janis' Arbeit „Psychological Stress“ resultierten (Janis 1958). Beispielsweise erschien eine veränderte vordergründige Betrachtung der von Janis als "neurotische Ängste" benannten Sorgen um die Familie und das finanzielle Wohlergehen möglich. Parallel sollten die die konkrete Durchführung der Operation betreffenden Sorgen sich aufgrund der seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts wesentlich weiterentwickelten Operationstechniken, gesunkener Letalitätszahlen und einer allgemein gewandelten gesellschaftlichen Wahrnehmung der Risiken operativer Eingriffe in eher nebensächliche Aspekte verwandelt haben. Grund zu dieser Annahme gab nicht zuletzt die Zunahme der minimalinvasiven laparoskopischen Chirurgie, die nochmals zu einer Senkung der operationsbedingten Mortalität und Morbidität gegenüber den konventionellen offenen Verfahren führte (Holbling et al. 1995, Ajzen 2002).

Wie weiter unten im Detail ausgeführt werden wird, hatten sich diese Vorannahmen in dieser Art und Weise nicht ganz bestätigt. Vielmehr sind die Sorgen um Familie und finanzielles Wohlergehen nur Unterkategorien der wahrgenommenen Funktion des Patienten, die in Abhängigkeit von seiner familiären, beruflichen und sozialen Lage zwar diese Aspekte beinhalten können, aber nicht zwangsläufig müssen. Ebenso sind die Risiken der Operation zwar nicht mehr vordergründig, aber dennoch unvermindert vorhanden und stellen eine Unterkategorie der Beeinträchtigung durch die Operation dar. An diesen Beispielen wird sichtbar, wie die bekannten Vorannahmen und ihr Einfluss auf die Fragestellung in den Gesprächen durch die konstante komparative Analyse in die Theorie integriert werden konnten, ohne die Untersuchungsergebnisse an die Vorannahmen anzupassen.

1.1.3. Entwicklung der Kernkategorie "Abwägen" in der Untersuchung

Als beispielhafte Illustration des methodischen Vorgehens unter den vorgenannten Voraussetzungen soll im Folgenden die Entwicklung des Abwägeprozesses als Kernkategorie in der Untersuchung dargestellt werden.

Zu Beginn der Untersuchung existierte wie beschrieben keine Hypothese bezüglich der Stressoren und ihrer Wechselwirkungen. Die Kernkategorie des Abwägens entwickelte sich im Verlaufe der Untersuchung aus mehreren Vorstufen, die durch theoretisches Sampling zu der endgültigen Kategorie präzisiert werden konnten.

Ausgehend von einer Patientenäußerung in Interview 1, ihr helfe ein positives Selbstbild, um über schwierige Situationen hinwegzukommen, wurde die Kategorie "Selbstbild" als Wahrnehmung der eigenen Ressourcen im Umgang mit der spezifischen Situation der Patienten erstellt und im Anschluss versucht zu vertiefen. Bei nachfolgenden Interviews musste jedoch festgestellt werden, dass "Selbstbild" als Kategorie zu unpräzise und nicht in der Lage ist, die zeitgleich ablaufenden Prozesse des Hilfesuchens (bspw. Die Auffassung, die Ärzte kennen die Krankengeschichte besser als der Patient selbst und hätten diesbezüglich größere Kompetenzen, wie in Interview 3 geäußert) und des In-Beziehung-Setzen der Operationsrisiken zu den dargestellten Lebensinhalten zu beschreiben. Somit musste das Selbstbild als Kategorie zugunsten zweier Kategorien, die sich jeweils von unterschiedlichen Perspektiven auf dasselbe Problem beziehen, fallengelassen werden. Es entstanden die Kategorien der Selbst- und Fremdeinschätzung sowie der Beeinträchtigungen durch Krankheit und Operation. Dass es sich hierbei um Kategorien mit prozeduralem, also sich im zeitlichen Verlauf entwickelnden Charakter handeln muss, wurde wiederum aus Patientenäußerungen deutlich, die sich auf einen Vorher-Nachher-Zustand beziehen, wenn ein Patient beispielsweise betont, er habe schlussendlich die Entscheidung getroffen, dass die Operation jetzt ein für alle mal gemacht werden müsse, damit es weg sei (Interview10). In der Zusammenführung beider Prozesse entstand die Kernkategorie "Abwägen" mit ihren beschriebenen Subkategorien "Abwägen der Problemlösungskompetenz" sowie "Abwägen der Operation".

Fraglich ist, ob durch die im Verlauf der Untersuchung recht früh einsetzende Konzentration auf die genannten Aspekte des Hilfesuchens und des In-Beziehungs-Setzen von Operationsrisiken und Lebensinhalten die Bandbreite dessen, was ursprünglich als „Selbstbild“ der Patienten wahrgenommen wurde, ausreichend betrachtet wurde. Das Wesen des theoretischen Samplings als analysegeleitete Auswahl bringt eine Fixierung auf Teilaspekte des Geschehens mit sich, die möglicherweise andere Facetten der jeweils vorhergehenden Interviews ausblendet und nicht weiterverfolgt. In ähnlich angelegten Untersuchungen können also durchaus ergänzend zum Abwägeprozess andere, beispielsweise persönlichkeitsbezogene Aspekte, zum Vorschein kommen, die in der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst wurden und eine umfänglichere Beschreibung des Umgangs der Patienten mit ihrer Situation ermöglichen.

Parallel zu der anfänglichen Kategorie des Selbstbildes entstand die Unterkategorie "Stellung im sozialen System", die auf die familiäre und berufliche Situation der Patienten Bezug nahm. Daraufhin wurden durch gezieltes Sampling Patienten in unterschiedlichsten familiären und beruflichen Situationen integriert. Es wurde jedoch deutlich, dass alleine die Stellung der Patienten in einem sozialen System nicht Stressor sein kann, da sich kein fester Zusammenhang zwischen einer bestimmten Stellung und der subjektiv geschilderten Befürchtungen beziehungsweise der

Belastung durch die bevorstehende Operation gefunden werden konnte. Die rein statische Beschreibung der Stellung im sozialen System musste also durch eine dynamische, auf alle Patienten anwendbare Kategorie ersetzt werden, die in der Lage war, ähnliche Reaktionen vor dem Hintergrund unterschiedlichster Lebensverhältnisse zu erklären. Gefunden wurde diese in der Kategorie der wahrgenommenen Funktion des Patienten, die sich auf Familie, Beruf und soziales Umfeld bezieht und das Verhältnis des Patienten zu diesen beschreibt. Somit konnte erklärt werden, warum es beispielsweise bei arbeitslosen Patienten, die jedoch ihre Funktion in der konkreten alltäglichen Versorgung der Familie sahen, zu ähnlich geäußerten Befürchtungen wie bei selbstständig tätigen Patienten kam, die die finanzielle Versorgung ihrer Familie und das wirtschaftliche Wohlergehen ihres Betriebes als Funktion wahrnahmen. Im Prozess des Abwägens über die Operation wird die wahrgenommene Funktion zum Ausgangspunkt für das Abwägen über die Beeinträchtigung durch Krankheit und Operation.

An diesem Beispiel wird sichtbar, dass die Entwicklung der Kategorie und das dazu notwendig theoretische Sampling sich weitestgehend an den sich aus der Untersuchung heraus ergebenden Bedürfnissen orientierten. Auf die Anwendung von vorgefassten Auswertungsmustern, wie sie Draucker am Beispiel von axialem und selektivem Coding ausgehend von Strauss und Patton beschreibt, wurde im Sinne größtmöglicher Offenheit für sich aus den Daten heraus ergebende Zusammenhänge verzichtet (Strauss und Corbin 1996, Patton 1990, Draucker et al. 2007). Gleichwohl führt auch die gewählte Methodik, nach anfänglicher Offenheit für neue Zusammenhänge, nach einer gewissen Zeit zu einer Fixierung auf lediglich einen kleinen Ausschnitt der den Untersuchungsergebnissen zugrunde liegenden Prozesse, die lediglich durch immer neue, gleichermaßen anfänglich offen gehaltene Untersuchungen Stück für Stück erweitert werden kann.

1.2. Datenerhebung und Stichprobe

1.2.1. Datenauswahl

Der der Datensammlung zugrundeliegende Prozess entsprach dem oben beschriebenen theoretischen Sampling. Es wurde also nicht vorrangig versucht, eine entsprechend ihrer statistischen Eigenschaften ausbalancierte Stichprobe mit möglichst vollständiger Abbildung einer Population zu erhalten. Vielmehr trugen die ausgewählten Patienten als exemplarische Fälle zur Bildung beziehungsweise Konkretisierung von Kategorien bei. Da das Ziel der Untersuchung nicht in einer quantitativ-statistischen Abbildung eines definierten Patientenkollektivs, sondern einer Kategorie- und Theoriebildung der auf die Patienten wirkenden Stressoren bestand, musste der Vielfalt der möglichen Patienteneigenschaften vor der statistisch signifikanten Abbildung von Unterschieden oder Gemeinsamkeiten Vorrang gewährt werden. Vor diesem Hintergrund konnte deutlich gemacht werden, dass die Stressoren und Einflussfaktoren auf den Abwägeprozess nicht per se von den bloßen statistischen Merkmalen wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Beruf oder diversen medizinischen Parametern abhängig sind. Diese statistischen Merkmale bilden gleichsam eine Maske, hinter der der jeweils gleichartige Abwägeprozess abläuft und dieselben Kategorien von Stressoren Einfluss nehmen. Zwar stehen die statistischen Merkmale in Beziehung mit den Stressoren, wirken aber nicht kausal. So erscheint es möglich und wahrscheinlich, dass bestimmte konkrete Ausprägungen von Stressoren, die insbesondere die wahrgenommene Funktion des Patienten in der Familie betreffen, von bestimmten statistischen Merkmalen wie Alter, beruflichem oder sozioökonomischen Status und Geschlecht abhängig sind, es also in manchen Patientenkollektiven zu einer Häufung bestimmter konkreter Stressorausprägungen kommt. Zur Illustration seien 30-40 jährige Männer genannt, bei denen sich die wahrgenommene Funktion in der Familie im Vergleich zu 60 jährigen Frauen möglicherweise signifikant häufiger als „Geld verdienen“, also durch Erwerbsarbeit für den Lebensunterhalt der Familie zu sorgen, darstellt.

Die Darstellung solcher Beziehungen von in Typen („30-40 jähriger berufstätiger Mann“) gruppierten statistischen Merkmalen zu bestimmten Stressoren konnte in dieser Untersuchung aufgrund der geringen Fallzahl und der Konzentration auf das Herausarbeiten der zugrunde liegenden Stressoren nicht gelingen. Eine Einschränkung stellte dabei sicherlich auch die Herangehensweise der Grounded Theory dar, die in ihrer Absicht, statistischen Größen nicht automatisch eine für das Untersuchungsergebnis relevante Aussagekraft zuzugestehen, überkritisch und stark differenzierend mit ihnen umgeht und somit Gefahr läuft, sie in der Theoriegenerierung schlichtweg zu missachten – auch wenn dies von Glaser anders beabsichtigt ist, wie seine um die Kernaussage „all is data“ gruppierten Ausführungen zu qualitativer und quantitativer Forschung

deutlich machen (Glaser 1998). Diese Annahmen zu vertiefen kann und sollte Inhalt weiterführender Untersuchungen sein, um sich ergebende praktische Implikationen auf konkrete Patientenkollektive abstimmen zu können.

Gemäß dem Prinzip des theoretischen Samplings in der Grounded Theory wurde die Patientenauswahl im Wechselverhältnis von Induktion und Deduktion geleitet (Glaser 1998). Die Auswahl der Interviewpartner sowie die gestellten Fragen ergaben sich aus den Erkenntnissen der vorherigen Gespräche, um diese zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Damit konnte auch den Anforderungen Giacomini an qualitative Forschung, demzufolge die Teilnehmersauswahl „wohlbegründet“ sein soll, entsprochen werden, wenn auch nicht a priori, aber doch aus dem Zuwachs an Erkenntnis heraus (Giacomini et al. 2000). Als Konsequenz dieser Vorgehensweise ergab sich beispielsweise die Möglichkeit, das ursprünglich rein allgemein- und visceralchirurgische Patientenkollektiv um gefäßchirurgische Patienten zu erweitern. Diese wurden im Gespräch mit einem verantwortlichen Chirurgen verglichen mit den visceralchirurgischen Patienten als auf intellektuell eher niedrigerem Niveau eingeschätzt¹. Zudem traten bei ihnen tendenziell mehr für den jetzigen Krankenhausaufenthalt verantwortliche chronische Vorerkrankungen wie periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus und Nikotinabusus auf. Die Anwendung der bei den visceralchirurgischen Patienten gewonnenen Theorie über die Wahrnehmung der eigenen Funktion sowie den Abwägeprozess ergab, dass die konkreten Ausprägungen zwar andere waren, sich aber in die Theorie einfügten. Um diese Beobachtung von dem Alter und der potentiellen Erwerbstätigkeit der Patienten zu entkoppeln, erschien wiederum eine Ausweitung des Kollektivs auf jüngere, noch nicht berufstätige Patienten sinnvoll. Dies resultierte in der Befragung einer Studentin, deren Äußerungen bezüglich ihrer wahrgenommenen Funktion und ihres Abwägens über die Operation sich ebenfalls auf das gleiche Grundmuster des vorher beschriebenen Abwägeprozesses bezogen. In beiden Fällen wurde eine Annäherung an das Kriterium der theoretischen Sättigung nach Glaser erreicht: Die Austauschbarkeit von Äußerungen und Vorfällen, die zwar verschiedenartig sein können, aber dennoch auf dieselbe Kernkategorie verweisen (Glaser 1998).

Der Wechsel der Patientenauswahl ist gleichzeitig Teil des von Mays und Pope als Gütekriterium für qualitative Studien geforderten Prinzip der Triangulation (Mays und Pope 2000), wenn auch auf einer niedrigen Ebene. Hierbei handelt es sich um den Vergleich mehrerer Methoden der Datengewinnung oder, wie im angeführten Fall, mehrerer Datenquellen, um eventuelle Gleichförmigkeiten und Regelmäßigkeiten analysieren und herausfiltern zu können.

Zu erwähnen ist, dass die Teilnahme an der Untersuchung von keinem Patienten verweigert wurde.

¹ Persönliche Korrespondenz vom 11.03.2010

Dies kann möglicherweise auf die bewusst wenig strukturierte Art der Befragung und die Wertschätzung des Patientennarrativs zurückgeführt werden und erweist sich als Vorteil dieser Methodik.

1.2.2. Datenerhebung

Die Datenerhebung selbst erfolgte wie oben ausgeführt durch Interviews mit Patienten. In den meisten qualitativen Studien ist es üblich, diese Interviews auf Tonbändern aufzunehmen, im Anschluss zu transkribieren und das Transkript zu analysieren, zu kodieren und zu interpretieren. Durch diese Vorgehensweise soll zum einen die Vollständigkeit der Daten gewährleistet, zum anderen die Nachvollziehbarkeit durch andere Untersucher ermöglicht werden, um der Kodierung durch mehrere Untersucher Validität zu verleihen. Darauf wurde in dieser Untersuchung verzichtet.

Dieser Entscheidung lagen mehrere Überlegungen zugrunde:

Die Transkription versucht, eine Vollständigkeit von Daten zu erreichen, die in dieser Form zur Kategorienbildung und Generierung von Hypothesen nicht erforderlich ist. Ziel der Untersuchung ist nicht eine reine Datensammlung, sondern der Entwurf eines theoretischen Konzeptes. Die zugrundeliegenden Daten - konkret: Äußerungen von Patienten und Beobachtung ihrer Verhaltensweisen - sind nicht die Kategorien, aus denen die Theorie besteht, sondern verweisen lediglich auf die ihnen zugrundeliegenden Kategorien. Die einzelnen Äußerungen und Begebenheiten sind also austauschbare Indices, von denen eine gewisse Anzahl genügt, um eine theoretische Sättigung der Kategorien zu erreichen (Glaser 2001). Die tatsächlich zur Kategoriebildung relevanten Informationen werden durch ihr wiederholtes Vorkommen in verschiedenen Interviews auch dann erfasst, wenn das Interview nicht Wort für Wort dokumentiert ist. Assoziative Erinnerungen bei der Niederschrift sorgen für ein Minimum an verlorengegangener Information. Darüber hinausgehende Datensammlungen tragen zur Theoriebildung nicht zusätzlich bei. Aus diesem Grunde steht der zeitliche Aufwand, der zur Transkription der Interviews verwendet wird, in keinem Verhältnis zum Nutzen, der sich in der Theoriegenerierung niederschlägt. Stattdessen konnte der Zeitgewinn genutzt werden, die geführten Interviews sofort nach der Niederschrift auszuwerten und zu kodieren, um so das theoretische Sampling weiterführen zu können. Ein weiterer Vorteil der sofortigen Niederschrift besteht in der Zuordnung von Gehörtem zu Beobachtetem. Während bei einem Tonbandmitschnitt zum Zeitpunkt der Transkription nur noch schwer Beobachtungen zum Verhalten, zum Aussehen oder zum Eindruck des Patienten auf den Untersucher mit den entsprechenden Äußerungen verknüpft werden können, war dies bei der sofortigen Niederschrift nach dem Gespräch relativ problemlos möglich. Beispielsweise machte nur die Beobachtung von Tränen in den Augen eines Patienten die Bewertung seiner Aussage, er bekomme nur sehr wenig Besuch, möglich. Gerade bei solch

sensiblen Themen und Gesprächen, die sich um intime Gedanken des Patienten drehen, zeigte sich ein letzter enormer Vorteil des Verzichts auf sofortigen Mitschnitt oder Niederschrift. Dem Patienten wird es leichter gemacht, dem Untersucher Vertrauen entgegenzubringen, da er sich nicht ausgehorcht und ausgefragt fühlen muss. Von Aufnahmegeräten und Schreibutensilien befreit, fiel es leichter, für eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu sorgen und sich auf das Gespräch mit dem Patienten und die Vollständigkeit der Wahrnehmung seiner Reaktionen zu konzentrieren. So ist es auch für etliche Psychotherapeuten selbstverständlich, sich nach einer Sitzung Notizen zu machen (Yalom 2002). Ein möglicher Vorteil dieser für die Lebenswelt der Patienten „minimalinvasiven“ und niedrigschwelligen Untersuchungstechnik zeigt sich in der Akzeptanz der befragten Patienten gegenüber dem Interview. Kein Patient lehnte eine Befragung ab, brach das Gespräch ab oder untersagte im Nachhinein die Verwendung der Daten.

Demgegenüber stehen die Bedenken, ein erinnerndes Niederschreiben des Interviewinhaltes im Nachhinein könnte die Ergebnisse durch sog. „false memories“ (dt.: Falsche Erinnerungen) verzerren. Dieser Effekt einer falschen Erinnerung bei vollster Überzeugung von deren Richtigkeit wurde insbesondere bei Augenzeugenberichten von Verbrechen oder Unfällen beobachtet (Loftus 2003). Als mögliche Ursachen dafür beschreibt Schacter 7 physiologische Mechanismen der Funktionsweise des Gehirnes: Flüchtigkeit („transience“, Verblissen von Informationen im Laufe der Zeit), Abwesenheit („absent-mindedness“, zeitweilige Unaufmerksamkeit), Blockierung („blocking“, Phase der Nichtabrufbarkeit von Gedächtnisinhalten), Falschzuordnung („misattribution“, fehlerhafte Zuordnung von Information und zugehöriger Quelle), Suggestibilität („suggestibility“, Erzeugung von Erinnerung beim Abrufen), Befangenheit („bias“, Verfälschung der Erinnerung aufgrund anderen vorbestehenden Wissens) und Persistenz („persistence“, Gedächtnisinhalte können nicht vergessen werden) (Schacter 2000). Diese Mechanismen beziehen sich, wie auch die Berichte über falsche Erinnerungen von Loftus, auf zeitlich etwas zurückliegende Ereignisse, bei deren Abruf insbesondere in Testsituationen gezielt oder unbeabsichtigt beeinflussende Umstände vorlagen. Dem wurde in der vorliegenden Untersuchung durch die zeitnahe Niederschrift der Interviewinhalte unmittelbar nach dem Gespräch in wenig beeinflussender Atmosphäre versucht vorzubeugen. So beschreibt auch Loftus das unmittelbare Niederschreiben von erlebten Geschehnissen, bevor Störfaktoren wirksam werden können, als einigermaßen wirksame Schutzmaßnahmen vor falschen Erinnerungen (Loftus 1996). Das Problem der Befangenheit wurde durch die Methodik der konstanten komparativen Analyse wie oben geschildert versucht zu minimieren. Ein weiterer gravierender Nachteil der beschriebenen Vorgehensweise ist die schwere bis unmögliche Nachvollziehbarkeit der Analyse durch einen außen stehenden Beobachter, zu der auch das rein untersucherabhängige Schreiben und Sortieren von theoretischen Memos beiträgt. Der Prozess der Theoriegenerierung ist nicht ohne weiteres für

andere Untersucher anhand der Rohdaten der vorliegenden Untersuchung nachvollziehbar. Dazu trägt auch die Auswertung durch lediglich einen einzigen Untersucher bei, die nicht den bisher erarbeiteten Richtlinien zur Durchführung qualitativer Studien entspricht (Blaxter 1996, Boulton und Fitzpatrick 1994, Elder und Miller 1995, Mays und Pope 1995, Secker et al. 1995). Dadurch wird es notwendig sein, die Ergebnisse der Untersuchung zur Verifizierung einer zweiten Stufe der Triangulation zuzuführen. Vorzugsweise sollte dies eine Untersuchung mit quantitativ-statistischen Methoden sein, die anhand eines Fragebogens beispielsweise den Grad der Beeinträchtigung durch Abgeschlossenheit oder Offenheit des Abwägeprozesses zu messen versucht.

1.2.3. Stichprobe

Die Stichprobe umfasste Patienten, die mit Einschränkungen als für die Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie typisch bezeichnet werden können: Mehrheitlich in einem Alter zwischen 40 und 80, teils berufstätig, teils berentet, alle Bildungsschichten umfassend (Giesen und Birkner 2009). Es muss jedoch festgestellt werden, dass verlässliche Daten für die Gesamtheit stationärer chirurgischer Patienten in Deutschland nicht zu finden waren.

Auffällig ist, dass die Operationen, die bei den befragten Patienten durchgeführt werden sollten, ausschließlich Grad I und II der nach Donati modifizierten John Hopkins-Skala umfassen (Donati et al. 2004). In diese Einteilung fallen leichte bis mittelschwere invasive Eingriffe mit einem erwarteten Blutverlust von maximal 1500 ml und einem (narkoseunabhängigen) moderaten Risiko zu versterben. Nicht einbezogen sind also Patienten mit Operationen Grad III, bei denen das Risiko größerer Komplikationen und das Risiko, zu versterben, wesentlich erhöht ist. Es handelt sich dabei hauptsächlich um kardiochirurgische, intrakranielle oder große oropharyngeale, vaskuläre, skelettale oder neurologische Operationen, in denen der antizipierte Blutverlust während der Operation mehr als 1500 ml betragen sollte und ein postoperatives intensivmedizinisches invasives Monitoring erwartet wurde. Diese Einschränkung des Patientenkontingents resultiert aus der aus Gründen der praktischen Durchführbarkeit vorgenommenen Beschränkung auf Patienten der visceral- und gefäßchirurgischen Stationen, die definitionsgemäß alle in Grad I oder II eingeordnet werden können. Entsprechend der dargelegten Theorie des Abwägeprozesses handelt es sich hierbei um eine Beeinträchtigung durch die Operation, die den zu erwarteten positiven Auswirkungen der Operation im Sinne von Besserung der Beschwerden im Abwägeprozess gegenübergestellt wird. Zu vermuten ist, dass sich dies möglicherweise auf Dauer und Ergebnis des Abwägens, mithin auf die Einordnung der Operation in das Leben der Patienten auswirken wird. Allerdings muss gleichermaßen davon ausgegangen werden, dass der Prozess des Abwägens wie beschrieben stattfindet.

Von einer gezielten Erhebung psychischer Komorbiditäten wurde abgesehen. Da von einer

Korrelation insbesondere psychischer Vorerkrankung mit einer chirurgischen Interventionsnotwendigkeit nicht ausgegangen werden kann, ist die Annahme einer der Durchschnittsbevölkerung entsprechenden Verteilung psychischer Komorbiditäten wahrscheinlich. Auch die von einer psychischen Vorerkrankung geprägte Wahrnehmung der präoperativen Stressoren hilft, die präoperative „Stresslandschaft“ zu skizzieren und inhaltlich auszugestalten. Wo die Patienten selbst eigene Erkrankungen als wichtig für die aktuelle Operation bzw. ihre Lebenssituation erachteten und in das Gespräch einbrachten, wurde dies entsprechend ausgewertet und in das Gesamtmodell eingeordnet.

Weiterhin ist die nahezu vollkommene Abwesenheit religiöser Bezüge auffällig. Kein Patient erwähnte religiöse Vorstellungen als Lebensinhalt oder Ressource zur Bewältigung der aktuellen Situation. Dies mag mit dem Standort des Klinikums zusammenhängen, da die Zahl der sich selbst als gläubig bezeichnenden Menschen im Gebiet der ehemaligen DDR wesentlich niedriger ist als im Bundesdurchschnitt (Sterr 2000). Auf diesem Gebiet ergibt sich somit ein weiteres Forschungsfeld, das die Rolle religiöser Überzeugungen in Gebieten mit starker Religiosität, beispielsweise im Regensburger Raum, untersucht.

Eine Gruppe von Patienten, die aus nachvollziehbaren Gründen ebenfalls nicht werden konnte, sind Notfallpatienten, die eines dringlichen operativen Eingriffes bedurften. Ähnliche bisher durchgeführte Studien mit diesem Patientenkontext haben dementsprechend den postoperativen Zustand der Patienten zum Fokus (Koutsosimou et al. 1996). Auch in diesen Fällen kann ein Abwägungsprozess angenommen werden, soweit die Patienten bei Bewusstsein sind. Zu vermuten steht, dass der Schmerz und die damit einhergehende massive Beeinträchtigung der körperlichen Fertigkeiten als im Vordergrund stehende Beeinträchtigung durch die Erkrankung zur im Vergleich zu elektiven Eingriffen beschleunigten Annahme der Operation führt. Interessant ist dabei die Frage, ob es in diesem Kontext Abwägungsprozesse gibt, die nicht zu einer Annahme der Operation führen, da die erwarteten Beeinträchtigungen durch die Operation als zu hoch eingeschätzt werden. Insbesondere bei bewusstlosen, nicht entscheidungsfähigen Patienten ist diese Frage im Kontext der aktuellen Debatte um Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten von nicht unerheblicher Bedeutung, wenngleich sie sich von den in dieser Untersuchung im Fokus stehenden präoperativen Stressoren doch erheblich entfernt und daher an dieser Stelle nicht ausgeführt werden kann.

Eine weitere in dieser Untersuchung nicht berücksichtigte Gruppe sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die am Standort Jena in einer getrennten Versorgungsstruktur behandelt werden. Eine Generalisierbarkeit der Theorie für Kinder und Jugendliche erscheint also nicht ohne weiteres möglich, was noch Gegenstand weiterer Ausführungen sein wird.

2. Ergebnisdiskussion

2.1. Abwägen der Problemlösungskompetenz

2.1.1. Einschätzung eigener und fremder Problemlösungskompetenz

Wie zuvor dargestellt schätzen Patienten im Prozess des Abwägens der Problemlösungskompetenz ihre eigenen Fähigkeiten ab und setzen diese in Beziehung zu den Fähigkeiten anderer - in den meisten Fällen medizinisches Personal, aber auch Familienmitglieder - um die am besten geeignete Lösung für ihr Problem zu finden. Prinzipiell ist die Frage nach der eigenen und fremden Problemlösungskompetenz in der Psychologie als die Frage nach dem Locus of Control – den Kontrollüberzeugungen, in auf dem Feld der Gesundheitsforschung Health Locus of Control (HLC) - bekannt (Rotter 1966, Wallston et al. 1976, Wallston et al. 1978): Sind die Ressourcen zur Bewältigung dieser Situation nach seiner Meinung im Patienten selbst - internal - lokalisiert, so empfindet er selbst einen großen Einfluss auf die Bewältigung der Situation. Sind sie jedoch external verortet, ist der Einfluss des einzelnen Patienten auf seine Genesung gering. Insbesondere die interne Kontrollüberzeugung lässt sich mit dem Konstrukt der Selbstwirksamkeit aus der sozial-kognitiven Theorie von Bandura beschreiben (Bandura 1977, Bandura 2001, Wallston et al. 1978). Selbstwirksamkeit ist dabei beschrieben als die Einschätzung der eigenen Kompetenzen, ein bestimmtes Verhalten durchführen zu können. Ein ähnliches Konzept beschreibt Ajzen in seiner Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of planned behavior, TPB), in der von der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle die Rede ist (Ajzen 1985). Diese beschreibt die subjektiv wahrgenommenen Schwierigkeiten, ein Verhalten durchzuführen. Dabei greift sie auf das bereits erwähnte Konzept der Kontrollüberzeugungen zurück und verbindet sie mit der Selbstwirksamkeit (Ajzen 2002). Auch von Schwarzer wird die Selbstwirksamkeit aufgegriffen und im Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach, HAPA) als Voraussetzung der Intentionsbildung einer gesundheitsrelevanten Handlung beschrieben (Schwarzer 1992). Somit lässt sich die in der vorliegenden Untersuchung beschriebene Einschätzung der eigenen Problemlösungskompetenz in das Konzept der Selbstwirksamkeit integrieren bzw. der Prozess des Abwägens der Problemlösungskompetenz als Zwischenschritt zur Intention, einen operativen Eingriff durchführen zu lassen, beschreiben. Eine weitere Parallele findet sich in der Theorie der Schutzmotivation (PMT), die die Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten als grundlegenden Bewertungsprozess beschreibt (Rogers 1975, Maddux und Rogers 1983). Dazu ist allerdings anzumerken, dass die vorgenannten Theorien sich hauptsächlich auf die Erwartungen der Patienten an sich selbst konzentrieren und die Einschätzung der eigenen Kompetenz zur Änderung des Gesundheitsverhaltens in den Mittelpunkt stellen. Jedoch ist im spezifischen präoperativen Kontext

gesundheitsförderndes Handeln gleichzeitig auch interaktionales Handeln zwischen Patient und Arzt. Die Einschätzung der fremden Problemlösungskompetenz nimmt dabei eine Zwischenstellung zwischen internaler und externaler Kontrollüberzeugung ein: Zwar können Patienten die Behandlung selbst möglicherweise nicht vollständig kontrollieren und beeinflussen, jedoch bestünde die Möglichkeit, durch gezielte Wahl des Behandlers bei entsprechend hoch eingeschätzter Kompetenz willentlich externe Kontrolle in Form des „powerful others“ anzunehmen oder auch nicht (Wallston et al. 1978). Dies drückt sich in den verschiedenen Ergebnissen des Abwägeprozesses der Problemlösungskompetenz aus. Diesen Abwägeprozess beschrieb auch Hayes-Bautista, der die entscheidende Aufgabe für Patienten darin sieht, zu unterscheiden, welcher Arzt über „die am meisten gebrauchten Kompetenzen und die am meisten tolerablen Inkompetenzen“ verfügt (Hayesbautista 1976, Hayesbautista 1978). Dabei ergeben sich gerade bei der Einschätzung der ärztlichen Fähigkeiten einige Probleme, die an dieser Stelle erörtert werden sollen.

Basierend auf dem Ergebnis des Abwägeprozesses, insbesondere der Einschätzung der ärztlichen Fähigkeiten, werden an die Ärzte unterschiedliche Erwartungen der Patienten herangetragen. In der Verantwortung der Ärzte liegt es dann, diese Erwartung anzunehmen oder selbstkritisch zu relativieren. Mit dieser Einschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten tragen Ärzte reflektiv zur Entscheidungsfindung der Patienten bei. Nach einem Gespräch mit dem Arzt über seine Möglichkeiten und Begrenzungen treffen Patienten gezwungenermaßen eine neue Einschätzung der eigenen und fremden Problemlösungskompetenzen auf der Grundlage neuer Informationen. Durch das rechtzeitige Eingeständnis eines Arztes, an einem bestimmten Punkt eines Krankheitsverlaufes nicht mehr weiterhelfen zu können und die daraus folgende Überweisung an Spezialisten bestünde die Möglichkeit, Patienten dazu zu motivieren, den Kompetenzen der empfohlenen Experten zu vertrauen. Voraussetzung dafür ist eine ehrliche Selbsteinschätzung des jeweiligen Arztes und die Anerkennung des Expertentums des anderen. Dies sollte dem Patienten behutsam, aber deutlich kommuniziert werden. Andernfalls erlebten die Patienten bei Nichterfüllung der an die Ärzte gestellten Erwartungen, wie die Beeinträchtigungen durch ihre Erkrankung bestehen blieben oder zunähmen und im schlimmsten Falle Beeinträchtigungen durch den Krankenhausaufenthalt hinzukämen. Es entstünde eine Situation negativer Vorerfahrung, wenn das Ergebnis einer medizinischen Behandlung nicht den erhofften - und in den Abwägeprozess vorher eingebrachten - Erfolg hatte. Über das Ausbleiben des erwünschten Erfolges hinaus können Komplikationen auftreten, die neue oder gesteigerte Beeinträchtigungen des Patienten hervorrufen. Wenn als erkannte Ursache für diese Komplikationen die Ärzte selbst in Frage kommen, kann sich dies auf die Einstellung zu den Ärzten in der zukünftigen Behandlung auswirken. Das Einschätzen der fremden Problemlösungskompetenz wird unter den Vorbehalt der bisherigen Erfahrungen gestellt.

Dennoch kann es für Patienten auch in dieser Situation noch möglich sein, Ärzten in anderen Behandlungskontexten Vertrauen entgegenzubringen, wenn nach Abwägung der Beschwerden die ärztliche Fähigkeit, den eigenen Beschwerden abzuhelpen, höher als die eigenen Möglichkeiten eingeschätzt werden. Voraussetzung dafür ist möglicherweise, dass die durch die negativen Vorerfahrungen verursachten Beeinträchtigungen ein gewisses Maß nicht überschreiten. Dieses Maß zu bestimmen könnte Gegenstand einer weiteren Untersuchung sein, in der spezifisch die Vorerfahrungen von Patienten betrachtet und zu dem Ergebnis des Abwägens der Problemlösungskompetenz in Beziehung gesetzt werden.

Eine Möglichkeit für Ärzte, Vertrauen auch nach eventuellen Fehlschlägen der Behandlung zu bewahren, könnte die oben erläuterte selbstkritische Haltung sein. So könnte präventiv die Möglichkeit von ärztlichen Fehlern für die Patienten als Teil der medizinischen Realität vermittelt werden.

Weiterhin wurde von der Einschätzung der psychischen und physischen Belastbarkeit der Ärzte sowie der Angehörigen berichtet. Diese ist ebenfalls Teil der Einschätzung der fremden Problemlösungskompetenz. Dabei ist es jedoch möglich, dass die Einschätzung des ärztlichen Personals tatsächlich nicht im Vordergrund steht. Vielmehr kann dies auch der patientenseitige heimliche Wunsch sein, die Verantwortung für die eigenen Probleme selbst zu behalten. Die Weigerung, sie zu teilen, resultierte dann in der Schutzbehauptung der eingeschränkten Belastbarkeit von Ärzten und der Notwendigkeit der eigenen Kontrolle über das Geschehen. Wie bereits angedeutet, mag dahinter die Befürchtung stehen, durch das Offenbaren der eigenen Ängste gegenüber den Ärzten die eigene Hilflosigkeit (im Sinne der als zu gering zur Problemlösung eingeschätzten eigenen Problemlösungskompetenz) eingestehen zu müssen. Problematisch würde es, wenn es nicht gelänge, die unter Ausblendung der tatsächlichen Gegebenheiten hoch eingeschätzte eigene Problemlösungskompetenz über die Dauer der Zeit vor der Operation durchzuhalten. Ein Eingeständnis - sich selbst und den behandelnden Ärzten gegenüber - der falsch eingeschätzten eigenen Problemlösungskompetenz erforderte von den Patienten ein erneutes Abwägen und mitunter eine völlige Neuorientierung, ein Abweichen vom gewohnten Muster der Problemlösung. Es stände dann also das Ergebnis des Abwägeprozesses vor der aktuellen Operation im Gegensatz zu den in sonstigen Lebenslagen ermittelten Ergebnissen. Möglich ist daher, dass durch einen solchen patientenseitigen Abbruch des Abwägeprozesses - nämlich dann, wenn das Ergebnis ein anderes zu sein droht als gewohnt - die vollständige Einordnung der Operation in das Leben der Patienten nicht möglich wird. Es ist dann wahrscheinlich mit einem hohen Stressniveau der Patienten zu rechnen. Allerdings muss diese Schlussfolgerung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung spekulativ bleiben, da ein Vergleich gewohnter Abwägeprozesse mit den aktuell

präoperativ Durchgeführten eine wesentlich vertiefte biographische Exploration erforderte, die hier nicht geleistet werden konnte und sollte. Dennoch erscheint es lohnenswert, diese Problemstellung des Umgangs mit biographischen Erfahrungen in Bezug auf den Umgang mit Operationen in weiteren Studien, möglicherweise mit intensiver befragten Patientenkollektiven, auszuführen.

Im anderen Falle - der tatsächlichen Einschätzung des ärztlichen Personales als nicht ausreichend belastbar - ließe sich das Problem durch den verstärkten Einsatz von Psychologen und Seelsorgern angehen. Diese würden von Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht als überfordert eingeschätzt, da ihre Aufgabe aus Sicht der Patienten genau darin bestünde, mit ihnen über die Sorgen und Ängste vor einer Operation zu sprechen. Doch auch im dargelegten Falle des Abbruchs des Abwägeprozesses sollte es Aufgabe von Psychologen und Seelsorgern sein, die Patienten zur Fortsetzung zu bewegen und sie durch das Erlebnis der zu hoch eingeschätzten und zwangsweise korrigierten Problemlösungskompetenz zu begleiten. Es gälte einen Weg zu finden, die Patienten zur Anerkennung der eigenen Grenzen und der daher notwendigen Annahme von äußerer Hilfe zu führen. Der Abwägeprozess kann dann mit einem für die Einordnung der Operation positiven Ergebnis, der Annahme äußerer Hilfe, abgeschlossen werden.

2.1.2. Ergebnis des Abwägens der Problemlösungskompetenz

Die Ergebnisse des Abwägens der Problemlösungskompetenz wurden bereits im Abschnitt 2.1.3. dargestellt und sollen an dieser Stelle kurz diskutiert werden.

Anzumerken ist, dass diese Ergebnisse lediglich idealisierte Typen von Patienten darstellen. In der Realität kann es abhängig von äußeren Geschehnissen durchaus zu Mischformen im Sinne von fließenden Übergängen der Patienten zwischen den einzelnen Typen kommen.

Zu beachten ist außerdem die zeitliche Dimension der Krankheit, in der sich der Abwägeprozess bewegt. Aufgrund des Fortschreitens der Erkrankung und der damit einhergehenden Änderung, Besserung oder Verschlechterung der Beschwerden, muss nötigenfalls der Abwägeprozess auf neuer Grundlage durchgeführt werden. Auch dadurch können Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung und des Krankenhausaufenthaltes verschiedene Ergebnisse des Abwägeprozesses durchlaufen. Es findet also eine für den chirurgischen Kontext spezifische Form des von Lazarus beschriebenen „Reappraisals“ statt (Lazarus 1966). Nach Lazarus findet nach Bewältigung einer Stresssituation eine Bewertung dieser Bewältigungsmöglichkeit statt. Diese Bewertung hat als Reappraisal Auswirkungen auf die Bewertung ähnlicher potentiell Stress verursachender Situationen und die Anpassung an diese. Auf den Kontext des Krankenhausaufenthaltes bedeutet dies, dass ausgehend von dem mit der Erkrankung verbundenen (Erfahrungs-)Wissen eine Neubewertung des aktuellen Erkrankungszustandes mit Beeinträchtigungen und Beschwerden stattfindet. Dabei wird der

durchgeführte Abwägeprozess durch Erfahrungen mit getroffenen Behandlungsentscheidungen und deren konkrete Auswirkungen beeinflusst. Entsprechend kann sich sowohl beim Abwägen der PLK als auch der Operation selbst das Ergebnis im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes abhängig von den gemachten Erfahrungen und erhaltenen Informationen ändern und im schlechteren Fall mit dem vor Krankenhausaufnahme erhaltenen Ergebnis inkongruent sein.

2.1.2.1. Zusammenarbeit

Zu diesem Ergebnis kommt der Abwägeprozess, wenn sowohl die eigene Problemlösungskompetenz der Patienten als hoch eingeschätzt wird als auch die fremde Problemlösungskompetenz von Ärzten, medizinischem Personal oder sonstigen Menschen. Dies muss, wie oben erwähnt, nicht im Gegensatz zueinander stehen, sondern kann durchaus bedeuten, dass sich Patienten bewusst auf eine ärztliche Behandlung, im konkreten Falle eine Operation, einlassen, weil sie sich in der Lage fühlen, diese Entscheidung als gut und notwendig zu bewerten. Es kann hier das, was in der Diskussion um das Arzt-Patienten-Verhältnis als "shared-decision-making" bekannt ist, stattfinden (Seibler 2003). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen Shelleys, wonach eine hohe Selbstwirksamkeit der Patienten bei äußeren Kontrollattributionen für niedrigen präoperativen Stress prädispositioniert (Shelley und Pakenham 2007). Erforderlich ist dabei allerdings ein steter Informationsfluss zum Patienten, der ihn zur Entscheidungsfindung auf dem jeweils aktuellsten Stand befähigt. Eine mögliche Gefahr für in dieser Weise abwägende Patienten ist die oben beschriebene Erfahrung, dass eine Situation möglicherweise doch die eigenen Fähigkeiten überschreitet und eine eigene Einschätzung der Lage nicht mehr gewährleistet ist. Es könnte den an ihre eigene Kompetenz gewöhnten Patienten schwerfallen, sich ganz auf fremde Kompetenzen zu verlassen und fremden Entscheidungen zu vertrauen. Hier wäre es Aufgabe der Ärzte, ihre eigene Kompetenz überzeugend darzustellen, ohne zu übertreiben. Gleichermäßen sollten Psychologen oder Seelsorger den Patienten die Normalität der eigenen Begrenzung vermitteln.

2.1.2.2. Anvertrauen

Dieses Ergebnis wird erreicht, wenn die eigene Problemlösungskompetenz als niedrig, die der Ärzte als hoch eingeschätzt wird. In dieser Situation wird Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten möglich, der Abwägeprozess vollzieht sich relativ zügig und eine Entscheidungsfindung kann zeitnah stattfinden. Dies kann in der extremsten Ausprägung auch mit dem Modell des Paternalismus beschrieben werden, in dem der Arzt nach eigener Maßgabe in fürsorglich-bevormundender Weise für die Patienten entscheidet (Noack 2007).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen nahe, dass mit dieser Einschätzung der

Problemlösungskompetenz ein eher geringeres Stressniveau verbunden ist. Dies steht vordergründig im Gegensatz zu älteren Untersuchungen beispielsweise von Friedlander, der niedrige eigene Kontrollüberzeugungen mit hohem präoperativen Stress assoziiert sah (Friedlander 1982). Allerdings kann die eigene Kontrollüberzeugung auch gerade darin bestehen, Ärzten als Spezialisten bewusst die Verantwortung für das eigene Leben zu übergeben. Dabei wird der Health Locus of Control durchaus external mit geringer Einflussmöglichkeit des Patienten auf das Gelingen der Operation und die Beseitigung der Erkrankung lokalisiert. Gleichzeitig ist jedoch in diesem speziellen Fall die Akzeptanz der Patienten gegenüber externaler Kontrolle durch „powerful others“ in Form von medizinischem Personal so hoch, dass sich dies nicht nachteilig auf das Befinden der Patienten auswirkt. Gewissermaßen ist eine niedrige internale Kontrollüberzeugung in medizinischen Dingen für manche Patienten offenbar der Normalfall.

In der Untersuchung von Muthny et al. 1992 konnte gezeigt werden, dass das Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten in Abhängigkeit von der Erkrankung variiert und krankheitsabhängig als Coping-Strategie genutzt wird oder auch nicht. Insofern liegt die Vermutung nahe, dass die Art der Erkrankung einen Einfluss auf das Ergebnis des Abwägens der Problemlösungskompetenz haben kann. Von den Ergebnissen Muthnys ausgehend werden Patienten mit Myokardinfarkt mutmaßlich eher zum Ergebnis „Anerkennen“ kommen als Tumorpatienten, die durch die Coping-Methode der Selbstwirksamkeit möglicherweise eher zur Zusammenarbeit oder im schlechteren Falle zu Misstrauen kommen.

Das mögliche Risiko des Ergebnisses „Anvertrauen“ ist ein ärztlicher Fehler, der das aufgebaute Vertrauen infragestellt und die Patienten in eine Situation der Hilflosigkeit versetzt, da nunmehr sowohl die eigene als auch die fremde Problemlösungskompetenz als unzureichend wahrgenommen werden. Auch hier bedarf es bereits im Voraus einer selbstkritischen Haltung der Ärzte, die die eigenen Fähigkeiten und Grenzen vermittelt sowie Patienten auf mögliche Komplikationen, die außerhalb der ärztlichen Einflussmöglichkeiten liegen, vorbereitet. Ebenso ist es Aufgabe von Psychologen und Seelsorgern, das Auftreten von Fehlern und Komplikationen als Teil der Wirklichkeit zu vermitteln und neues Vertrauen in prinzipiell fehlerhafte Menschen zu ermöglichen.

2.1.2.3. Misstrauen

Eine problematische Situation entsteht, wenn im Ergebnis des Abwägeprozesses die eigene Fähigkeit zur Problemlösung als hoch, die Problemlösungskompetenz anderer jedoch als niedrig eingeschätzt wird. Theoretisch sollte dieser Typus von Patient aufgrund seines Abwägeprozesses keine fremde Hilfe annehmen, folglich auch nicht im Krankenhaus zu finden sein. Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass auch dies in der Realität vorkommt. Die Ursachen dafür sind einer gesonderten Untersuchung wert und möglicherweise in gesellschaftlichen oder familiären

Umständen im Sinne von sozialem Druck zu finden, der den offensichtlich Kranken zur Behandlung durch einen Arzt auch gegen seine Einschätzung der Situation zwingt. Eine sinnvolle Einordnung der Operation in das Leben der entsprechenden Patienten erscheint nur sehr schwer vorstellbar, dass Stressniveau dürfte entsprechend hoch sein. Nach Shelley scheinen aber gerade diese Patientengruppen mit hoher externaler Kontrollüberzeugung und hoher Selbstwirksamkeit von psychologischer OP-Vorbereitung zu profitieren (Shelley und Pakenham 2007). Die Aufgabe von Psychologen oder Seelsorgern - deren Tätigkeit wahrscheinlich seitens des Patienten primär eher weniger erwünscht ist - bestünde im Durchführen dieser Vorbereitung sowie in einem vorsichtigen Herantasten an die Patienten und dem Ermutigen, fremde Hilfe anzunehmen. Ärzte könnten versuchen, die eigene Kompetenz überzeugend darzulegen, eventuell mit Verweis auf die Fallzahlen und Statistiken des Hauses.

Besonders problematisch wird die Situation, wenn Patienten aufgrund ihrer fortwährenden Beeinträchtigungen die Einschätzung ihrer eigenen Problemlösungskompetenz ändern und dabei die Begrenztheit ihrer Fähigkeiten erfahren müssen. Das Resultat ist der nachfolgend beschriebene Zustand der Hilflosigkeit.

2.1.2.4. Hilflosigkeit

Dieser Zustand tritt als Ergebnis des Abwägens immer dann ein, wenn sowohl die eigene als auch die fremde Problemlösungskompetenz als gering eingeschätzt werden. Obschon diese Patienten aufgrund in fortführenden Untersuchungen zu ermittelnder sozialer Zwänge in ärztliche Behandlung gelangen könnten, wird eine Einordnung der Operation nicht auf Anhieb gelingen, da sie als Lösungsmöglichkeit für das Problem der Beeinträchtigung durch die Erkrankung nicht anerkannt werden kann. Gerade hier ist eine intensive Betreuung durch Psychologen oder Seelsorger vonnöten. Zwar mögen die Patienten den Erfolg dieser Intervention in Zweifel ziehen, haben ihr jedoch - im Unterschied zum vorher geschilderten Zustand - keine Überzeugung der eigenen Kontrolle entgegenzusetzen. Möglich wäre auch ein Kontakt zu anderen Betroffenen, beispielsweise in Form von Selbsthilfegruppenvertretern, die für die Kompetenz sowohl der ärztlichen Helfer als auch der Patienten selbst werben. Für diese Form der Intervention existieren Untersuchungen im Bereich kardiochirurgischer Eingriffe. Während Parent eine signifikante Abnahme der Ängstlichkeit bei Patienten, die Besuch von ehemaligen Patienten mit ähnlichen Operationen erhielten, feststellte, fand sich bei Thoits dabei kein Effekt auf das subjektive Wohlbefinden der Patienten (Parent und Fortin 2000, Thoits et al. 2000). Allerdings profitierten die Patienten vom Kontakt mit ebenfalls betroffenen Mitpatienten, die zum selben Zeitpunkt behandelt wurden. Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass weniger die professionelle Vermittlung inhaltlichen Wissens, sondern mehr das Gespräch an sich als hilfreich für den Umgang mit der

Erkrankung erfahren wird. Fraglich bleibt jedoch weiterhin, ob dies auch für Patienten zutrifft, die weder eigene noch fremde Kompetenzen als ausreichend zur Bewältigung ihres Problems ansehen. Hier könnte die Vermittlung von Wissen über positive Ausgänge der Eingriffe durchaus eine unterstützende Rolle spielen, da dadurch eine erfolgreiche Einordnung der Operation in das Leben anderer Betroffener die Einordnung in das eigene Leben als möglich erscheinen lässt.

2.2. Abwägen der Operation

2.2.1. Bedeutung des Vor-, Krankheits- und Nichtwissens und der Aufklärung

Als wesentlicher Einfluss auf den Prozess des Abwägens konnte die subjektive Krankheitsvorstellung der Patienten und das damit verbundene Patientenwissen identifiziert werden. Auf dieser Grundlage kann der Abwägeprozess sowohl der Problemlösungskompetenz als auch der Operation stattfinden. Bandura beschrieb als Quellen der Selbstwirksamkeit insbesondere unterschiedliche Arten von Vorerfahrungen: erfolgreiche Ausführungen einer Handlung („mastery experience“), was einer bereits erlebten erfolgreichen Operation entspricht; stellvertretende Erfahrungen („vicarious experience“), also Erfahrungsberichte anderer Patienten mit ähnlichen Operationen; und symbolische Erfahrungen („symbolic experience“), beispielsweise Berichte vom Können des Operators oder der insgesamt Nützlichkeit der Operation (Bandura 1986).

In der vorliegenden Untersuchung wurde beschrieben, dass für diesen Prozess die Richtigkeit dieser Patientenvorstellungen nicht von Bedeutung ist. Allerdings muss einschränkend gesagt werden, dass eine nicht den Tatsachen entsprechende Vorstellung des Patienten von der eigenen Krankheit, den Behandlungsmöglichkeiten und dem möglichen Verlauf zu einem Ergebnis des Abwägeprozesses führen kann, das im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes keinen Bestand hat. Ergäben sich aufgrund der Erkrankung oder der Operation Situationen, die die Patienten in ihrem subjektiven Wissen nicht berücksichtigen und mithin auch nicht in den Abwägeprozess einbringen konnten, müsste der Prozess von neuem begonnen werden. Dies wäre insbesondere dann problematisch, wenn sich die Patienten bereits im Krankenhaus befänden, die Operation schon geplant und die Zeit bis dahin nicht mehr ausreichend zum Beenden des Abwägeprozesses wäre. Aufgrund des nicht abgeschlossenen Abwägeprozesses könnte die Einordnung der Operation nur schwer vollzogen werden. Aus diesem Grunde ist es moralisch nicht vertretbar, Patienten in möglicherweise falschem subjektiven Wissen zu belassen, auch wenn damit ein positiver Ausgang des Abwägeprozesses und eine scheinbar problemlose Einordnung der Operation in das Leben der Patienten gelungen scheint. Dies könnte als Ausdruck des Phänomens des optimistischen Fehlschlusses nach Weinstein gelten: Das durch die Operation erzeugte Risiko wird nicht zuletzt aufgrund des mangelhaften Vorwissens als geringer eingeschätzt, als es tatsächlich ist (Weinstein

1980). In diesen wie allen anderen Fällen ist es die Pflicht des medizinischen Personals - insbesondere natürlich der Ärzte - die subjektive Krankheitsvorstellung der Patienten zu erfragen und, falls nötig, diese zu korrigieren oder zu ergänzen. Auch der gegensätzliche Fall einer befürchteten Beeinträchtigung, die wesentlich gravierender phantasiert wird, als sie tatsächlich sein kann, ist vorstellbar. Der Einfluss einer solche Krankheitsvorstellung auf den psychologischen Stress ist groß und nachhaltig (Bruch und Schwandner 1997). Natürlich verlangt gerade diese Situation ebenfalls nach einer umfassenden Aufklärung, die somit gleichzeitig zur Stress mindernden Intervention gerät.

Die Erkenntnis, umfangreich und verständlich aufklären zu müssen, ist nicht neu und bereits als Anforderung an die Praxis Gegenstand praktischer Handlungsanweisungen und Manuale geworden (Köhle et al. 2005). Ähnliches gilt für das Erfragen der persönlichen Erfahrungen im Rahmen der Krankheit und Therapie. Wenn Ereignisse identifiziert werden können, die auf die subjektive Krankheitsvorstellung und die Zuschreibung von Gründen für eventuelle Behandlungsmisserfolge Einfluss nehmen, so können diese nur dann für die aktuelle Situation neu beurteilt und bewertet werden, wenn sie auch bekannt sind. Gleichzeitig muss mit dem Erfragen der subjektiven Krankheitsvorstellung und der bisherigen Erfahrungen eine umfassende Aufklärung der Patienten sowohl über das Wesen der Krankheit als auch die Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Komplikationen und möglichen Auswirkungen auf die Beeinträchtigungen der Patienten erfolgen. Nur dadurch können die Patienten in die Lage versetzt werden, den Abwägungsprozess mit einem endgültigen Ergebnis durchzuführen. Dies entspricht den Ergebnissen anderer Studien, dass zum einen der Mangel an Informationen selbst von Patienten als stressreich empfunden wird, zum anderen beispielsweise alleine durch eine umfassende Information der Patienten sowohl der psychologische Distress als auch die Inzidenz postoperativer Hypertensionen verringert werden konnte (Santos et al. 2009, Anderson 1987). Allerdings ist auch offensichtlich, dass die Wirksamkeit und das Stress reduzierende Potential des Aufklärungsgespräches in der Realität noch nicht voll ausgeschöpft wurde beziehungsweise die wirksamsten vermittelnden Faktoren noch nicht gefunden wurden (Ohalloran und Altmaier 1995). Möglicherweise kommt es dabei auch auf die Form der Aufklärung an, da beispielsweise eine Informationsbroschüre in der Untersuchung von Christopherson und Pfeifer zwar den Informationsstand der Patienten erhöhte, nicht jedoch deren präoperatives Angstniveau verringerte. Jedoch weisen neuere Untersuchungen, die multimediale Aufklärungsmethoden wie zum Beispiel Videoinformationen nutzen, auf ein reduziertes präoperatives Stressniveau hin (Roth-Isigkeit et al. 2002, Jamshidi et al. 2009, Jlala et al. 2010).

Die Frage nach der Auswirkung des Aufklärungsgespräches wurde häufig insbesondere von Laien im Gespräch über die Thematik gestellt. Gemäß dem "all-is-data"-Prinzip von Glaser (Glaser 1998)

wurde die Laienhypothese "Das Aufklärungsgespräch hat eine Auswirkung auf das Abwägen über die Operation" in die konstante komparative Analyse miteinbezogen und konnte wie oben geschildert beantwortet werden.

Dabei darf allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass die im Aufklärungsgespräch erhaltenen Informationen nicht notwendigerweise zur Beruhigung der Patienten im Sinne eines schnellen Abwägeprozesses beitragen. Wie geschildert, können auch erst durch die Aufklärung vorher unbekannte Komplikationen und Beeinträchtigungen oder deren Unberechenbarkeit in das Bewusstsein der Patienten gelangen. Diese Erkenntnis eröffnet allerdings auch die Coping-Strategie des „Auf das Schlimmste vorbereiten“, die Drageset bei Brustkrebspatientinnen als wichtige Strategie zum Umgang mit der OP beschrieben hat (Drageset et al. 2010). Die aus dieser Möglichkeit der Wirkung der Aufklärung erwachsende Forderung kann nur sein, die Aufklärung einerseits so frühzeitig durchzuführen, dass die Patienten die zu erwartenden oder möglichen Beeinträchtigungen der Operation gegen ihre durch die Erkrankung hervorgerufenen Beeinträchtigungen abwägen können. Bereits 1975 konnte Langer eine Reduktion des Stressniveaus durch frühe Aufklärung und Information feststellen (Langer et al. 1975). Andererseits dürfen die Patienten in diesem Falle mit dieser Aufgabe nicht alleine gelassen werden, sondern bedürfen gerade dann ärztlicher und/oder psychologischer Unterstützung, die ihnen Wege aufzeigt, die zu erwartenden Beeinträchtigungen gegeneinander abzuwägen und zu einem für sie annehmbaren Ergebnis zu kommen.

In dieser Untersuchung konnte somit die Notwendigkeit dieser beiden wichtigen Elemente im Kommunikationsprozess zwischen Patient und Arzt - das Erfragen des subjektiven Krankheitswissens und die ärztliche Aufklärung - bestätigt und auf Grundlage der Theorie des Abwägeprozesses untermauert werden.

2.2.2. Wahrgenommene Funktion der Patienten

Eine zentrale Rolle spielte in der vorliegenden Untersuchung die Funktion, die die Patienten für sich wahrnehmen und sich zuschreiben. Untersuchungen von Johansson et al. 2007 zeigen, dass das Outcome beeinflussende psychosoziale Faktoren, zu denen die wahrgenommene Funktion gezählt werden kann, sich möglicherweise nicht aus dem postoperativen Krankheitsverlauf heraus entwickeln, sondern bereits präoperativ vorhanden sind. Gleichmaßen erfuhren verschiedenste Parameter zur Beschreibung des sozialen Umfeldes bis hin zur Qualität der Ehe bisher Beachtung (Whitsitt 2010). Beschrieben wurden auch in der vorliegenden Untersuchung die mannigfaltigen Verpflichtungen, denen die Patienten in Familie, Beruf, Freizeit und sozialem Umfeld unterworfen sind. In der Zusammenschau all dieser ergibt sich für jeden einzelnen Patienten eine individuelle wahrgenommene Funktion, die über die alleinige Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, wie sie

beispielsweise von Panagopoulou et al. 2006 beschrieben wird, hinausgeht. In der TPB werden insbesondere die Erwartungen, die andere Menschen an Patienten stellen, als subjektive Norm bezeichnet (Ajzen 1985). Dies findet sich in der wahrgenommenen Funktion wieder, wobei ebenfalls die eigenen Erwartungen der Patienten Berücksichtigung finden. Diese Beeinträchtigung durch die Krankheit und - gegenübergestellt - die Operation ist der maßgebliche Inhalt des Abwägens über die Operation. Matter und Kindler beschreiben diesen Zustand als „Hinausgeworfensein aus dem täglichen Leben“, während Ohara dies als „Unterbrechung der Routine“ beschreibt (Matter und Kindler 1989, Ohara et al. 1989).

Die Beeinträchtigung insbesondere der wahrgenommenen Funktion zeigt sich hier als für die präoperative Situation chirurgischer Patienten spezifizierte Form der primären Bewertung nach Lazarus: Die entstehende Beeinträchtigung wird analysiert und anhand ihrer Gefährlichkeit klassifiziert (Lazarus 1981). Modellhaft beschrieben werden kann die Erwartung, nach der Operation die wahrgenommene Funktion wieder ausführen zu können, als Handlungsergebniserwartung, die Bandura in seiner sozial-kognitiven Theorie beschrieb und die in weiterentwickelter Form im HAPA von zentraler Bedeutung sind (Schwarzer 1992, Bandura 1986, Bandura 2001). Hinter der Entscheidung, eine Operation durchzuführen oder auch nicht steht dabei die Erwartung der Patienten, die wahrgenommene Funktion im Anschluss wieder ausfüllen zu können. Diese ist durch die Erkrankung und auch die Operation jeweils in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt, was im HAPA als Risikowahrnehmung bezeichnet wird. In einem doppelten Prozess werden also wie im HAPA beschrieben die Konsequenzen der Erkrankung wie auch der Operation gegeneinander abgewogen, um eine Entscheidung zu treffen und eine Haltung bezüglich der Operation einzunehmen. Ähnliche Entscheidungsprozesse bezüglich der Bedrohungseinschätzung einer wahrgenommenen Bedrohung und des Abwägens von Kosten und Nutzen zur Beseitigung dieser sind im Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief Model, HBM) sowie der Theorie der Schutzmotivation beschrieben (Becker 1974, Rosenstock 1966, Rogers 1975).

Deutlich wurde der Stellenwert der wahrgenommenen Funktion zuerst an den Fällen selbstständiger Patienten, aber auch angestellter Patienten, deren Sorge der Sicherheit ihrer Firma oder des Arbeitsplatzes galt. Sehr eng hing damit in den meisten Fällen auch die Versorgung der Familie zusammen, die durch den Verdienst ermöglicht wird. Von Hagen weist in ihrer Untersuchung auf die besondere Belastung von Patienten der mittleren Altersgruppen hin (Hagen 2001). Für die Bedeutung der wahrgenommenen Funktion spricht ebenfalls das im Vergleich geringere Stressniveau ambulanter Patienten, die eine – zumindest bezogen auf den direkten Aufenthalt im Krankenhaus - nur kurze Unterbrechung des gewohnten Alltages zu erwarten haben (Wetsch et al.

2010).

Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde im Rahmen des theoretischen Samplings gezielt nach Fällen gesucht, in denen die Patienten nicht arbeitstätig waren. Insbesondere fanden sich hier berentete und arbeitslose Patienten. In beiden Gruppen konnte von einer fehlenden wahrgenommenen Funktion am Arbeitsplatz ausgegangen werden. Dennoch zeigten auch diese Patienten Selbstzuschreibungen von Funktionen, sei es in der finanziellen oder tatkräftigen Unterstützung von Angehörigen oder dem Erhalt der eigenen Lebensumstände. Auch die Absicht, in Erfüllung der an sie gestellten Erwartungen in Familie und Gesellschaft wieder eine Arbeitsstelle zu finden und die körperliche Funktionsfähigkeit für diesen Fall bereit zu halten, kann zu der wahrgenommenen Funktion gerechnet werden.

Eine in der Literatur diskutierte, sehr direkte Form der Abhängigkeit der wahrgenommenen Funktion vom Ergebnis der Operation kann bei Sportlern gefunden werden. Bei diesen spielt die mögliche Beeinträchtigung ihrer Funktion als Sportler und die daraus resultierende Angst vor Verletzung und Operation eine wesentliche Rolle im Gespräch mit ihren Ärzten, wie Mann darstellte (Mann et al. 2007). In unterschiedlichen Ausprägungsgraden und bezogen auf andere Funktionen, sollte dieser Aspekt wie dargestellt auch bei anderen Patientengruppen berücksichtigt werden.

Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen beispielsweise von Huse-Kleinstoll kann also nicht der Tod der Patienten als maßgeblicher Inhalt der präoperativen Ängste gesehen werden, sondern eher dessen Auswirkung auf die wahrgenommenen Funktionen der Patienten, soweit er denn angesichts des Vertrauens in den medizinischen Fortschritt als Konsequenz der Operation überhaupt in Erwägung gezogen wird (Huse-Kleinstoll et al. 1984).

Diese Beobachtungen geben Anlass zur Vermutung, dass die Einordnung der Operation in das Leben der Patienten umso schwerer fällt, je stärker dadurch die wahrgenommene Funktion beeinträchtigt wird und umgekehrt umso leichter, je stärker die Krankheit die wahrgenommene Funktion beeinträchtigt. Gleichmaßen müsste die Einordnung der Operation in ihr Leben den Patienten leichter fallen, die sich zwar eine Funktion zuschreiben, sich dabei jedoch nicht als unersetzlich sehen. Dafür sprechen auch die Ergebnisse von Krohne und Slangen 2005, die familiäre Unterstützung als negativ korreliert zum psychologischen Stress maßen. Erklärbar wird dies durch die Tatsache, dass eine Familie, die selbst Unterstützung zu geben vermag, von den Patienten als weniger unterstützungsbedürftig angesehen wird. Damit einher geht möglicherweise eine Entlastung der eigenen wahrgenommenen Funktion. Zu vermuten ist weiterhin, dass die an sich gestellten Erwartungen zur Erfüllung wahrgenommener Funktionen in hohem Maße aus dem biographischen Kontext der Patienten resultieren.

Aus den vorgenannten Überlegungen ergeben sich mögliche Ansätze, die Einordnung der Operation in das Leben der Patienten durch den Abwägeprozess zu erleichtern. Wenn es gelingt, die wahrgenommenen Funktionen der Patienten zu erfragen und offenzulegen, kann gemeinsam mit ihnen über Möglichkeiten der Abgabe oder Teilung dieser Funktion für den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes nachgedacht werden. Hierzu wäre ein multimodaler Ansatz nötig, der neben den üblichen psychologischen, seelsorgerlichen und sozialarbeiterlichen Maßnahmen auch niedrigschwelligere Lösungsmöglichkeiten zur Übernahme der vom Patienten ausgeübten Funktion durch anderen berücksichtigt. Möglich wäre hierbei eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen. Mit ihnen und den Patienten könnte gemeinsam über möglicherweise noch nicht bedachte Kompensationsmöglichkeiten wie Nachbarschaftshilfe oder Inanspruchnahme der Dienste eines größeren sozialen Umfeldes nachgedacht werden. Die Patienten erführen so, dass für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes zumindest ihre familiären und sozialen Verpflichtungen nicht wesentlich beeinträchtigt sind. Gleichzeitig ist es jedoch wichtig, den Patienten zu verdeutlichen, dass die Übernahme der Funktionen durch sie nach ihrer Genesung ausdrücklich erwünscht ist, um nicht den gegenteiligen Effekt des Gefühls der Nutzlosigkeit zu erzielen.

Parallel zu diesem Ansatz sollte über Möglichkeiten nachgedacht werden, den Umgang der Patienten mit ihren wahrgenommenen Funktionen da zu verändern, wo sie einer objektiven Prüfung nicht standhalten und bei Wegfall der von den Patienten übernommenen Aufgaben keine wesentlichen negativen Konsequenzen zu erwarten wären. Es ginge hier also vor allem darum, pathologische Denk- und Verhaltensmuster im Sinne übersteigerten Kontrollbedürfnisses zu erkennen. Dieser Aspekt wurde bereits von Janis identifiziert und als "neurotische Ängste" der Patienten beschrieben (Janis 1958). Dabei muss jedoch ergänzt werden, dass die Wahrnehmung der eigenen Funktion per se nicht pathologisch ist, sondern wie dargelegt bei allen Patienten in den Abwägeprozess einfließt. Nichtsdestoweniger bleibt die Erkenntnis, an dieser Stelle in manchen Fällen einen Ansatz finden zu können, den Patienten bei der Einordnung der Operation in ihr Leben behilflich zu sein. Nötigenfalls können in psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen alternative Perspektiven zum Umgang mit den wahrgenommenen Funktionen vermittelt werden. Hierzu bedürfte es natürlich stärker geschulten Personals, das zum einen Erkennen kann, inwieweit sich Patienten über die wahrgenommenen Funktionen definieren beziehungsweise welche Funktionen sie überhaupt wahrnehmen. Dies könnte je nach vorhandenem Personal bereits im ärztlichen Anamnesegespräch im Rahmen der Sozialanamnese geschehen. Zum anderen müssen Ressourcen vorhanden sein, diese Kurzzeitinterventionen durchzuführen. Dies bedeutet, stärker psychologisch und psychotherapeutisch geschultes Personal in den Routineprozess chirurgischer Stationen einzubeziehen und effektive Kommunikationswege zu schaffen, damit auch in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit für als gefährdet erkannte Patienten eine adäquate Begleitung angeboten

werden kann. Hilfreich wäre in diesem Zusammenhang sicherlich ein Screening-Instrument, das die wahrgenommenen Funktionen der Patienten und ihren Umgang mit diesen abfragt. Ähnliche Instrumente finden in der Psychoonkologie allgemein beispielsweise mit dem „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)“ oder zugeschnitten auf spezielle Erkrankungen wie beim „Hornheider Fragebogen“ (HF), der dann zum breiter gefassten „Hornheider Screening-Instrument“ (HSI) weiterentwickelt wurde, bereits Anwendung (Fahrenberg et al. 2000, Bandura 1986).

Natürlich muss bei derlei Überlegungen die Vielzahl an Fragebögen und Formularen aus verschiedensten Hintergründen berücksichtigt werden, die Patienten bereits jetzt ohnehin vor einer Operation auszufüllen haben. Insbesondere wäre zu prüfen, ob der zu erwartende Anteil an Patienten mit pathologischen oder stark belastenden Wahrnehmungsmustern ihrer Funktionen - in der Psychoonkologie wird von 25-30% stark belastenden Patienten ausgegangen - den zu betreibenden Aufwand überhaupt rechtfertigt (Herschbach 2008). Dennoch bleibt festzuhalten, dass die wahrgenommene Funktion der Patienten eine entscheidende Rolle im Verständnis des prä- und möglicherweise auch postoperativen Stresses der Patienten spielt. Wenn im Zuge des medizinischen Fortschrittes auch eine Reduzierung des Stressniveaus der Patienten im Rahmen chirurgischer Eingriffe erreicht werden soll, muss eine differenzierte Betrachtung der individuellen Stressoren stattfinden (Tolksdorf 1997). Dabei sollte im Kontext des Abwägeprozesses auch eine die wahrgenommene Funktion der Patienten betrachtet werden.

2.2.3. Funktionsunabhängige Beeinträchtigungen

Den neben der Beeinträchtigung der wahrgenommenen Funktion identifizierten Beeinträchtigungen durch Krankheit und Operation kommt im Prozess des Abwägens eine wenngleich geringere, so doch nicht unerheblich Bedeutung zu. Den spezifisch visceral- und gefäßchirurgischen Krankheitsbildern mag es geschuldet sein, dass der Einfluss des Körperbildes auf den psychologischen Stress eher geringer ausfällt, als dies beispielsweise bei Patienten in der plastischen Chirurgie der Fall ist. In diesem Fachgebiet werden teils erhebliche psychologische Komplikationen vor und nach Operationen beobachtet, die das Körperbild als Ursache haben (Borah et al. 1999). Allerdings wäre hier zu untersuchen, inwieweit das Körperbild der Patienten nicht Bestandteil der von ihnen wahrgenommenen Funktion ist, mithin eher als Mittel denn Zweck an sich betrachtet werden sollte.

Aufgrund der Herangehensweise konnte in dieser Untersuchung kein Einfluss der durch die Operation erwarteten Schmerzen auf ein präoperativ objektivierbares Stressniveau festgestellt werden, wie andere Studien postulieren (de Groot et al. 1999). Diese Erwartung findet allerdings als Beeinträchtigung durch die Operation im Abwägen der Operation Berücksichtigung. Die durch die Erkrankung selbst verursachten Schmerzen wirken sich als Beeinträchtigung durch die Erkrankung

dementsprechen wahrscheinlich eher positiv auf die Bereitschaft zu Annahme der Operation als Lösungsmöglichkeit aus.

2.2.4. Ergebnis des Abwägens der Operation

Das Abwägen mit seinen Ergebnissen kann als Spezifizierung der sekundären Bewertung nach Lazarus für die Situation der chirurgischen Patienten gesehen werden (Lazarus und Launier 1981). Die Patienten versuchen in diesem Prozess, den Nutzen der Operation in Bezug auf den Schaden durch die Erkrankung unter Berücksichtigung des potentiellen Schadens durch die Operation selbst zu ermitteln. Die dabei möglichen Ergebnisse sind bereits in Kapitel 3.2.3. dargestellt und sollen im Folgenden diskutiert werden. Wird das HAPA als stadienhafte Beschreibung des Abwägeprozesses zugrundegelegt, ergibt sich hierbei während eines Krankenhausaufenthaltes eine Besonderheit: Findet die Intentionsbildung zur Operationsdurchführung in der motivationalen Phase vor dem Krankenhausaufenthalt statt, so kann die stationäre Aufnahme als volitionale Phase gesehen werden, in der die konkrete Umsetzung der Absicht, den Krankheitszustand durch das Verhalten zu ändern, stattfindet. Der Krankenhausaufenthalt selbst kann dann als faktischer Ausdruck der aktionalen Phase, also der tatsächlichen Durchführung der Verhaltensänderung, gesehen werden. Dabei kann es jedoch sein, dass Patienten wie oben erläutert durch neues Wissen oder die konkrete Erfahrung des Krankenhausaufenthaltes die Operationsentscheidung überdenken, d.h. wieder in die motivationale Phase des HAPA zurückfallen, den Abwägeprozess also von Neuem beginnen. Dies steht dann in Gegensatz zum Faktum des Krankenhausaufenthaltes mit dem Ziel der Operationsdurchführung. Fraglich ist, inwieweit Krankenhaussysteme mit exakt geplanten Abläufen und OP-Programmen in der Lage sind, adäquat auf diese möglichen Phasenwechsel der Patienten zu reagieren.

2.2.4.1. Annahme der Operation

Die Annahme der Operation ist das erwünschte, positive Ergebnis des Abwägeprozesses, das die Einordnung der Operation in das Leben der Patienten ermöglicht. Die Anerkennung der Notwendigkeit einer Operation, durch die die erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen beseitigt werden können, bietet optimale Voraussetzungen, das Stressniveau der Patienten gering zu halten. Dies bedeutet nicht völliges Fehlen von Stress. Von einem Stress-"Grundrauschen" muss nach wie vor ausgegangen werden, da die Annahme der Operation die Beeinträchtigungen durch diese - vor allen anderen die Beeinträchtigungen der wahrgenommen Funktion - nicht aus der Welt schafft und der Organismus naturgemäß auf unbekannte, möglicherweise die Existenz bedrohende Situationen mit einer Stressreaktion antwortet. Dennoch wird dies in einem für den einzelnen Patienten ohne besondere Hilfe beherrschbaren Rahmen bleiben. Besonders günstig gestaltet sich die Einordnung der Operation, wenn sich eine einzige Behandlungsmöglichkeit deutlich als annehmbar und

beeinträchtigungsarm erweist. Bei dieser Konstellation entfällt der bei mehreren Behandlungsmöglichkeiten mögliche Zweifel, die falsche Option gewählt zu haben. Das Gegenteil allerdings müsste der Fall sein, wenn im Vorfeld mehrere Behandlungsoptionen existierten, die aus medizinischen oder sonstigen Gründen auf eine einzige Möglichkeit reduziert wurden. Entsprechend Brehms Theorie der Reaktanz sollte dann mit höherem Widerstand der Patienten gegen diese Möglichkeit gerechnet werden, was zu erhöhtem präoperativen Stress führen würde (Brehm 1966).

Eine Extremform dieses Typs ist die Auffassung, aufgrund der besonders starken Beeinträchtigung durch die Erkrankung auch bei hohen Operationsrisiken nichts zu verlieren zu haben. In diesem Falle kann nicht von einem niedrigen präoperativen Stressniveau ausgegangen werden, jedoch ist die Hauptursache dafür nicht in der bevorstehenden Operation, sondern in der Erkrankung selbst zu finden. Entsprechend bedarf es vor allem einer zügigen Durchführung der Operation.

Komplizierter gestaltet sich die Situation, wenn zwar die Beeinträchtigung durch die Operation geringer als die Beeinträchtigung durch die Erkrankung gewertet wird, die Operation jedoch keine Gewähr für die Heilung der Erkrankung bietet, die Maßnahmen also mit hoher Unsicherheit verbunden sind. Im Falle einer potentiell infausten Prognose bedeutete dies, operationsbedingte Beeinträchtigungen zu erleben, ohne sicher zu sein, am Ausgang der Erkrankung etwas ändern zu können. Insbesondere bei Tumorerkrankungen gewinnt diese Frage an Bedeutung, da bei diesen auch bei initial kurativer operativer Beseitigung des Tumors nicht in jedem Falle von einer Heilung ausgegangen werden kann. Zwar trifft dies auch auf jede Form eines palliativen Eingriffes zu, jedoch ist die Zielsetzung, die in den Abwägungsprozess eingebracht werden kann, bei einer primär palliativen Operation völlig anders als bei einer unsicheren kurativen Operationsplanung. In dieser Situation kann die Operation zwar von den Patienten angenommen werden, das Stressniveau wird aber aufgrund der Prognose eher erhöht sein.

2.2.4.2. Nicht-Annahme der Operation

Das Gegenteil der Annahme der Operation ist ihre Nicht-Annahme aufgrund der Höherbewertung der mit der Operation verbundenen Beeinträchtigungen gegenüber den Beeinträchtigungen der Erkrankung. Ausgehend von den vorhergehenden Überlegungen würden diese Patienten nicht in ärztlicher Behandlung erwartet. Sollten diese Patienten dennoch vor einer Operation stehen, so ist mit einem besonders hohen Stressniveau zu rechnen. Hintergrund ist der bereits von Mandler 1984 beschriebene fehlende Anpassungsdruck, der nur erreicht werden kann, wenn die alltägliche Routine durch ein größeres Schädigungspotential unterbrochen wird – wenn also für die Patienten etwas auf dem Spiel steht.

Die Gründe für eine solche Situation sind wahrscheinlich in sozialem Druck zu suchen,

möglicherweise konkret in ärztlichem Drängen. Der Hintergrund könnte dann eine trotz noch nicht vorhandener Beschwerden ungünstige Prognose sein, die den Patienten nicht bewusst ist. Wie bereits geschildert, fällt das Abwägen der Beeinträchtigungen schwer, wenn keine konkret fassbare Beeinträchtigung durch die Erkrankung vorhanden ist, sondern lediglich eine potentielle, sich erst in der Zukunft auswirkende. Die Aufgabe der Ärzte ist es dann, die Notwendigkeit der Behandlung zu vermitteln, aber auch eine nach Darlegung aller Fakten möglicherweise immer noch abweichende Patientenentscheidung zu akzeptieren und von der Überredung anstelle der Überzeugung zur Operation abzusehen.

2.2.4.3. Zwickmühle

Die Situation der Zwickmühle entsteht, wenn sowohl die Beeinträchtigungen durch die Erkrankung als auch die Beeinträchtigung durch die Operation von den Patienten als hoch eingeschätzt werden. Auch die Unsicherheit, ob die Operation die Beeinträchtigung durch die Erkrankung wirklich beseitigen kann, führt zu diesem Ergebnis. Es ist davon auszugehen, dass diese Situation mit einem moderaten Stressniveau einhergeht, da sie zwar mögliche Lösungswege für das Problem der Erkrankung aufzeigt, aber keine Sicherheit bietet, wie es bei der Annahme der Operation der Fall ist. In dieser für die Patienten äußerst unangenehmen und schwierigen Situation erscheinen sie besonders angewiesen auf externe Unterstützung, sei es durch Freunde, Verwandte oder medizinisches Personal. Besonders wichtig dürfte die genaue Klärung des subjektiven Krankheitsverständnisses und Patientenwissens sein, um durch mögliche Ergänzung oder Korrektur eine veränderte Bewertung der jeweiligen Beeinträchtigungen zu ermöglichen. Diese Patienten profitieren möglicherweise von Kurzzeitinterventionen, die ihnen durch das Aufzeigen der positiven Effekte der Operation bei der Bewältigung dieser "Zwickmühlensituation" helfen. Analog zur bereits diskutierten Intervention bei Patienten im Zustand der Hilflosigkeit könnte eine auf Wissens- und Erfahrungsvermittlung basierende Unterstützung durch ehemalige Patienten („similar others“), wie sie Parent et al. und Thoits et al. beschrieben haben, hier hilfreich sein, da sie auf Ergänzung und Korrektur der subjektiven Krankheitsverständnisses abzielen und somit zur Neubewertung der Beeinträchtigung durch Krankheit und Operation beitragen können (Parent et al. 2000, Thoits et al. 2000). Allerdings wurde in bisherigen Studien dieser Art die differentielle präoperative Wirksamkeit von Kurzzeitinterventionen nicht in Abhängigkeit zur Einstellung der Patienten zum jeweiligen Eingriff untersucht, so dass eine Verifizierung dieser Annahme in weitergehenden Untersuchungen noch aussteht.

2.2.4.4. Fragwürdigkeit der Operation

Eine paradox anmutende Situation ergibt sich, wenn Patienten weder die Beeinträchtigung durch die Erkrankung noch die Beeinträchtigung durch die Operation als hoch einschätzen. Das präoperative Stressniveau dürfte in diesem Falle eher niedrig sein. Wiederum ergibt sich die Frage, wie diese Patienten überhaupt zur Aufnahme in ein Krankenhaus gekommen sind. Auch hier ist die Antwort wahrscheinlich im sozialen Gefüge der Patienten zu suchen, das eine Behandlung der für die Patienten nicht oder nur wenig beeinträchtigenden Erkrankung erwartet. Die Einschätzung der Ärzte, ob die Erkrankung trotz niedrig empfundener Beeinträchtigung eine potentielle Bedrohung für die Patienten darstellt, ist hier von entscheidender Bedeutung. Ebenfalls muss auch hier wieder das subjektive Krankheitsverständnis der Patienten genau erfragt werden, um für die Patienten zwar momentan entlastende, aber prinzipiell falsche und Bedrohungen verschleiernde Krankheitsvorstellungen zu ergründen. Sollten sich jedoch aus der ärztlichen Analyse der Situation keine objektiven Gefährdungen für die Patienten ergeben, so kann es möglicherweise auch geboten sein, die Operation im Hinblick auf das Restrisiko jeder Operation und die Begrenztheit der Ressourcen im Gesundheitssystem nicht durchzuführen. Eine genaue Untersuchung der Hintergründe der Aufnahme in das Krankenhaus ist dann erforderlich, um die Erwartungen des sozialen Umfeldes der Patienten nicht zu Beeinträchtigungen für die Patienten werden zu lassen. Möglicherweise kann es ratsam sein, den Umgang der Patienten mit sozialen Erwartungen zu besprechen, was durch Psychologen oder Seelsorger geschehen kann.

2.3. Einordnung der Operation

2.3.1. Zeitliche Komponente

Im Verlauf der Untersuchung kam die Frage auf, inwieweit der zeitliche Abstand zur Operation das Stressniveau beeinflusst. Nach den Untersuchungen von Badner erscheint es unwahrscheinlich, dass der präoperative Stress erst mit Aufnahme in das Krankenhaus beginnt, was umso mehr für den Abwägeprozess gelten müsste, der in den meisten (aber nicht allen) Fällen erst die Grundlage für den Entschluss, ins Krankenhaus zu gehen, legt (Badner et al. 1990). Analog zu der bereits erörterten Frage nach dem Einfluss der Aufklärung wurde auch diese Anregung gemäß dem oben erläuterten "all-is-data"-Prinzip aufgenommen. Es wurde gezielt nach Patienten mit unterschiedlichem Abstand zur Operation gesucht. Dieser reichte von wenigen Minuten bis hin zu einigen Wochen oder gar Monaten. In einem Fall konnte ein Patient sowohl am Vorabend vor der Operation als auch am Morgen direkt vor der Operation befragt werden. In allen Fällen wurde deutlich, dass der zeitlich Abstand von der Operation allein nicht maßgeblich verantwortlich für die Haltung der Patienten gegenüber ihrer Operation ist. Zwar sind Beeinträchtigungen durch die Operation in der Krankenhausumgebung für die Patienten klarer erkennbar als im häuslichen Umfeld und gelangen möglicherweise erstmals in das Bewusstsein der Patienten. Dennoch dürfte auch dies lediglich Ausdruck des Abwägeprozesses sein, der mit neuem oder neu in das Blickfeld geratenem Wissen der Patienten weiter- beziehungsweise zu Ende geführt wird. Interindividuelle Unterschiede des Stressniveaus zwischen den Patienten sind also durch den zeitlichen Abstand zur Operation allein wahrscheinlich nicht zu erklären. Entscheidend ist, ob und mit welchem Ergebnis der Abwägeprozess zu Ende geführt wurde, es also gelang, das aktionale Stadium des HAPA aufrechtzuerhalten. Gleichwohl erscheint intraindividuell verstärkte präoperative Angst bei allen Patienten in der Phase des Transfers vom Patientenzimmer zum OP beziehungsweise des Wartens auf den Beginn der Prozedur am Operationstag, wie sie McCleane, Copley und Panda fanden, unvermeidlich (McCleane und Cooper 1990, Copley et al. 1991, Panda et al. 1996). Insofern erscheinen die bisher gängigen, von anästhesistischer Seite angewandten Maßnahmen wie Prämedikation und Ablenkung unmittelbar vor, aber auch während der Operation, als sinnvolle Lösungsmöglichkeiten für dieses spezifische Problem (Mitchell 2003). Möglicherweise kann das Ausmaß dieser durch die unmittelbare bevorstehende Bedrohung ausgelösten Stresssituation jedoch auch zusätzlich bei jedem einzelnen Patienten durch einen bereits abgeschlossenen Abwägeprozess gegenüber der Situation eines nicht abgeschlossenen Prozesses beim selben Patienten verringert werden.

Gleiches gilt für die mögliche Stressinduktion im Interview in der vorliegenden Untersuchung. Eine

diesbezügliche Befragung dürfte entsprechend ohne größeren Einfluss auf das Stressniveau sein, wenn der Prozess des Abwägens bereits beendet ist, da sich im Idealfalle nach erfolgter Aufklärung keine neuen Arten von Stressoren ergeben, die nicht bereits abgewogen wären. Hieraus resultiert wiederum der Anspruch an das ärztliche Personal, die Aufklärung über die Erkrankung selbst und über die Risiken und Komplikationen der Operation vollständig bereits vor der Aufnahme in das Krankenhaus durchzuführen, soweit dies möglich und der Eingriff planbar ist. Durch diese Maßnahme kann den Patienten die nötige Zeit gelassen werden, den Abwägeprozess zu beenden und die Zeit unmittelbar vor der Operation als vergleichsweise stressarm zu erleben.

Mitunter kann im Krankenhausbetrieb eine Aufklärung erst kurz vor der Operation durchgeführt werden. Den Patienten verbleibt in dieser Situation nur wenig Zeit, den Abwägeprozess durchzuführen, möglicherweise kommen sie bis zur Operation nicht zu einem sinnvollen Ergebnis. Auch aus anderen Gründen kann diese Situation eintreten. Gegebenenfalls bedingt der zeitliche Verlauf der Erkrankung, dass medizinisches Handeln - eine Operation - notwendig wird, ohne dass die Patienten zu einem abschließenden Ergebnis des Abwägeprozesses kommen. Insbesondere ist hier auch an medizinische Notfälle zu denken, die in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt werden konnten. In diesen Situationen ist es Aufgabe der Ärzte, zu erkennen, wann paternalistisch gehandelt und das Ergebnis des Abwägens den Patienten vorweggenommen werden muss. Aufgrund des patientenseitig nicht abgeschlossenen Abwägeprozesses ist in diesen Situationen jedoch in jedem Falle ein hohes Stressniveau anzunehmen und in der Realität akutmedizinischer Versorgung leicht nachzuvollziehen.

2.3.2. Einfluss der Abwägeergebnisse

Als Abwägeergebnisse, die für ein niedriges psychologisches Stressniveau sprechen und somit die Einordnung der Operation in das Leben fördern, wurden die Zusammenarbeit und Anvertrauen sowie die Annahme der Operation beschrieben. Wenn diese Ergebnisse für beide Abwägeprozesse vorliegen, kann von einem niedrigen durch psychologische Einflüsse verursachten Stressniveau ausgegangen werden. Diese Vermutung liegt deshalb nahe, da diese Ergebnisse bei den Patienten eine operationsbezogene Haltung fördern, die die Einordnung der Operation als sinnvolles Lebensereignis erlaubt. Die dennoch vorhandene, aber eher schwach ausgeprägte physiologische Stressreaktion kann als adaptive Anpassung an potentiell Angst auslösende Situation verstanden werden (Amouroux et al. 2010).

Das Stressniveau dürfte sich zu einem moderaten Niveau hin entwickeln, wenn das Ergebnis des Abwägens der Problemlösungskompetenz Misstrauen oder das des Abwägens der Operation Fragwürdigkeit der Operation oder die Zwickmühle ist. Die Operation ist als Lebensereignis möglicherweise sinnvoll, es bestehen bei den Patienten jedoch Zweifel darüber. Je nach Ergebnis

könnten hier individuelle minimale Interventionen in Form von Gesprächen über den Inhalt des Abwägens genügen, um die Patienten bei der Einordnung der Operation als sinnvolles Lebensereignis zu unterstützen.

Von einem sehr hohen und möglicherweise interventionsbedürftigen psychologischen Stressniveau ist bei Hilflosigkeit oder Nicht-Akzeptanz der Operation auszugehen. Es besteht wahrscheinlich keine Aussicht, mit Hilfe der Operation die wahrgenommene Funktion zu erfüllen, sie ergibt keinen Sinn. In diesen Fällen kann eine psychologische Intervention hilfreich sein, die Gründe für diese Ergebnisse aufzudecken und zu beseitigen.

2.4. Präoperatives Abwägen als spezifisches Modell

Aus dem Vorgenannten wird deutlich, dass sich das Modell des Abwägeprozesses in bereits bestehende Modelle des Gesundheitsverhaltens einbetten lässt. Insbesondere finden sich viele Übereinstimmungen mit dem HAPA, die beiderseits die Tauglichkeit der Modelle zur Beschreibung der präoperativen Wirklichkeit nahelegen. Aufgezeigt wurde dies, indem nicht aufgrund theoretischer Erwägungen das HAPA auf die Situation präoperativer Patienten angewendet wurde und allgemeine Begrifflichkeiten des HAPA für den konkreten Fall präzisiert und umformuliert wurden. Die Herangehensweise des Grounded Theory-Ansatzes war genau umgekehrt: Auf Grundlage der in den Interviews erfassten Daten konnten spezifische Begrifflichkeiten gefunden werden, die in der präoperativen Situation denen des HAPA entsprechen. So konnte die Selbstwirksamkeitserwartung als PLK der Patienten selbst und des medizinischen Personales konkretisiert werden. Die Risikowahrnehmung des HAPA bezieht sich auf die Beeinträchtigungen, die durch Krankheit und durch Operation entstehen. Als Handlungsergebniserwartung zeigte sich die wahrgenommene Funktion der Patienten, die auszufüllen Ziel ihrer operationsbezogenen Entscheidungen sind. Dabei konnte die Handlungsergebniserwartung als Erfüllung der wahrgenommenen Funktion mit konkreten Inhalten der Patienten gefüllt werden, die einer rein deduktiven Anwendung des HAPA möglicherweise verborgen geblieben wären. Die Intention zur Durchführung der Operation drückt sich dann in der inneren Haltung zu einer Operation und deren Wahrnehmung als sinnvolles Lebensereignis aus. Gegenüber Janis rückten die auf Familie und soziales Umfeld bezogenen Gedankeninhalte der Patienten von „neurotischen Ängsten“ als Randerscheinung präoperativer Zustände mehr in den Mittelpunkt. Es scheint, als gingen Patienten in der heutigen Zeit anders als 1958 selbstverständlicher von der Tatsache aus, dass die Operation das gewünschte medizinische Ergebnis hervorbringt oder zumindest die Wahrscheinlichkeit gravierender Komplikationen sehr gering ist. Somit werden eher die erläuterten Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der wahrgenommenen Funktion fokussiert, anstatt noch bei Janis dominierende existentielle Befürchtungen.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass sich eine besondere Schwierigkeit für Patienten daraus ergibt, dass sich während des stationären Aufenthaltes intentionale und volitionale, insbesondere aktionale Phase überschneiden und in beide Richtungen ändern. Das heisst, dass nach Planung und Handlungsinitiierung des Gesundheitsverhaltens – konkret: des operativen Eingriffes – im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes in der eigentlich aktionalen Phase des Handelns aufgrund neuer Informationen und Erlebnisse eine wiederum intentionale Phase des Abwägens der PLK und vor allem der Beeinträchtigungen durch die Operation eingeleitet wird. Dadurch stehen inneres Befinden der Patienten und der Krankenhausaufenthalt als äußerer Ausdruck der aktionalen Phase

möglicherweise zeitweilig in Widerspruch zueinander. Nicht immer scheint dann für Patienten die Gestaltung der äußeren Umstände entsprechend ihres Prozessfortschrittes möglich, der Einfluss auf die Abläufe im Krankenhaus variiert stark. Ausgehend von diesen Erkenntnissen konnten hypothetisch Ansatzpunkte aufgezeigt werden, die das Gesundheitsverhalten der Patienten in Bezug auf eine Operation mit dem Stresserleben des Krankenhausaufenthaltes korrelieren.

2.5. Möglichkeit und Nutzen der Reduktion psychologischen Stresses

Unabhängig von der Genese des psychologischen Stresses stellt sich die Frage, welche positiven Auswirkungen dessen Reduktion auf die Patienten und ihre Behandlung haben kann – und wie diese Reduktion durch ärztliches Handeln erreicht werden kann. Daher soll diese Thematik hier kurz angerissen werden, um die inhaltliche Relevanz der geschilderten Prozesse aufzuzeigen, wie sie als Qualitätskriterium an qualitative Forschung angelegt wird (Stige et al. 2009). Eine umfassende Darstellung der beschriebenen Effekte und Möglichkeiten zur Intervention kann an dieser Stelle nicht geleistet werden, es handelt sich lediglich um einen kleinen Einblick in ein lohnenswertes weiterführendes Forschungsfeld.

Zunächst sollte daran erinnert werden, dass psychologisch generierter Stress durchaus ein physiologisches Korrelat hat. Dies zeigt sich als erhöhter Sympathikotonus, der sich unter anderem in erhöhter Adrenalin- und Cortisolausschüttung manifestiert, was wiederum einen Anstieg der Herzfrequenz zur Folge hat (Tolksdorf et al. 1982). Bekannt ist, dass diese erhöhten Konzentrationen von Stresshormonen den Genesungsverlauf erheblich beeinträchtigen können, da sie mit einer Schwächung der Immunfunktionen und postoperativer Müdigkeit sowie Stimmungsstörungen einhergehen (Anand 1986, Vollmer-Conna et al. 2009). Auch die Wundheilung wird durch präoperativen Stress und die damit verbundene inflammatorische Reaktion deutlich verlangsamt (Broadbent et al. 2003, Gouin und Kiecolt-Glaser 2011). Bei kardiochirurgischen Patienten wurde eine Assoziation des Outcomes mit präoperativem Stress gefunden (Gallagher und McKinley 2007). In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass präoperative psychosoziale Faktoren, insbesondere das Vorhandensein von inadäquaten Coping-Strategien sowie präoperativer Distress, prädiktiv mit postoperativen Schmerzen und Morphinverbrauch assoziiert sind (Cohen et al. 2005, Hinrichs et al. 2007). Die Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Patienten mit erhöhtem Risiko für chronische postoperative Schmerzen bezieht daher notwendigerweise auch psychosoziale Faktoren mit ein (Hinrichs-Rocker et al. 2009).

Ähnliche Ergebnisse lassen sich für den intraoperativen Bedarf an Anästhetika finden (de Bruin et al. 2001). Die Vermutung liegt also nahe, dass eine Senkung des Distress sowie Hilfe beim Umgang mit Distress verursachenden Einflüssen wie der wahrgenommenen Funktion sich positiv auf die genannten Parameter auswirken können.

Weiterhin kann bei Vorliegen der genannten Kombinationen aus Zusammenarbeit/Vertrauen und Annahme der Operation von einer optimistischen Einstellung der Patienten gegenüber der Operation gesprochen werden, die sich nach Hudetz et al. 2010 positiv auf die Vermeidung

postoperativer Delirien auswirkt.

Im Umgang mit den Patienten kann das rechtzeitige Aufklärungsgespräch neben der Befähigung zum Abwägen der Operation eine weitere Funktion erfüllen: Der Kontakt zu den Patienten wird frühzeitig hergestellt und diese mit ihrem Problem nicht alleine gelassen. Gerade das Gefühl von Ohnmacht und Unsicherheit, das Patienten während des Wartens auf ärztliche Behandlung empfinden, kann damit vermindert werden (Fogarty und Cronin 2008). Dabei werden sie in die Lage versetzt, auch schon frühzeitig die Problemlösungskompetenz des Arztes einschätzen zu können. Bezogen auf den Anästhesisten, konnte dies bereits in einer Arbeit von Lower festgestellt werden (Lower et al. 1993).

Die bisherigen Maßnahmen, die insbesondere von Seiten der Anästhesie getroffen werden, um den unmittelbaren präoperativen Stress zu senken, umfassten in den letzten Jahrzehnten hauptsächlich pharmakologische Interventionen, beispielsweise mit Benzodiazepinen (Tolksdorf et al. 1984b). So beschränkten sich noch 1997 in der Untersuchung von Roth-Isigkeit die angewendeten Maßnahmen hauptsächlich auf die medikamentöse Anxiolyse, die in 98,6 % der Fälle eingesetzt wurde. Andere - insbesondere psychologische - Verfahren wurden regelhaft kaum genutzt (Roth-Isigkeit et al. 1997). Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass „die bestehenden Möglichkeiten zur Verbesserung der präoperativen Vorbereitung [...] in der Routineversorgung kaum genutzt [werden].“ (Roth-Isigkeit et al. 1997). Dies gewinnt insbesondere durch die Arbeiten Salmons an Brisanz, der im Rückgriff auf Janis' Konzept der „work of worry“ eine reine Senkung des quantitativen Angstniveaus beispielsweise durch medikamentöse Maßnahmen als möglicherweise sogar kontraproduktiv für die Verarbeitung chirurgischen Stresses ansieht (Janis 1958, Salmon 1992a, Salmon 1993). Eine Erneuerung der Übersichtsarbeit von Roth-Isigkeit erscheint vor diesem Hintergrund dringend angeraten, um Aufschluss über die Verbreitung vorbereitender Maßnahmen zu gewinnen und daraus möglichen Handlungsbedarf ableiten zu können.

2.6. Forschungsausblick

In der vorliegenden Untersuchung wurde an mehreren Stellen ein weiterer Forschungsbedarf deutlich, um aufgeworfene Fragen zu klären. Es soll hier im Einzelnen auf mögliche Ansätze zur weiteren Forschung eingegangen werden.

2.6.1. Verifikation der Untersuchung

2.6.1.1. Statistische Verifikation

Die verwendete Methodik der qualitativen Analyse nach der Grounded Theory lässt aufgrund ihrer beschriebenen Einschränkungen eine quantitativ-statistische Verifikation der Ergebnisse ratsam erscheinen. Dies entspricht dem Konzept der Triangulation nach Mays und Pope (Mays und Pope 2000). In einer statistischen Untersuchung muss die Tragfähigkeit der Theorie des Abwägeprozesses unter Beweis gestellt werden. Hierzu ist es notwendig, das Ergebnis des Abwägeprozesses sowie die wahrgenommene Funktion der Patienten durch einen Fragebogen zu operationalisieren. Anschließend sollte dieses zu einem bereits etablierten und validierten Instrument in Beziehung gesetzt werden. Die bereits in vielen Untersuchungen erfolgreich eingesetzte "Perceived Stress Scale" (PSS) nach Cohen, Kamarck und Mermelstein (Cohen et al. 1983) oder auch die „Coping with Surgical Stress Scale“ (COSS) von Krohne et al. (Krohne et al. 2000) böten sich hierfür an. Daran könnte erlassen werden, ob tatsächlich ein bestimmtes Gesundheitsverhalten in Form eines Ergebnis des Abwägeprozesses mit einem erhöhten beziehungsweise verringerten Stressniveau korreliert und welche Rolle die wahrgenommene Funktion der Patienten für dieses Ergebnis und somit für das quantitative Ausmaß des präoperativen Stresses spielt. Zu fragen wäre, wie sich die Einordnung der Operation durch Annahme der Operation sowie Zusammenarbeit beziehungsweise Vertrauen - und damit die Bewertung der OP als sinnvolles Lebensereignis – zu den gemessenen Coping-Strategie des Grübelns, des Optimismus und Vertrauens, Zuwendung zu sozialen und religiösen Ressourcen, Bedrohungsvermeidung und Informationssuche verhält. Denkbar ist, das Abwägen als eine eigene Form des Copings zu betrachten, die sich in den Ergebnissen Misstrauen, Hilflosigkeit, Zwickmühle, Nicht-Annahme und Fragwürdigkeit der OP durchaus als ungeeignet herausstellen kann, bei erfolgreichem Abschluss jedoch die Patienten zur Annahme ihrer Operation und Bewältigung der Stresssituation befähigt. Ebenso kann das Abwägen als der übergeordnete Prozess betrachtet werden, zu dessen erfolgreicher Durchführung unter anderem die erwähnten Coping-Strategien dienen.

Allerdings stellt sich auch die Frage, inwieweit der präoperative Abwägeprozess durch das bereits etablierte und statistisch gut validierte HAPA analog zu anderen Untersuchungen des Gesundheitsverhaltens abgebildet werden kann (Lippke et al. 2004, Renner et al. 2000, Schwarzer

et al. 2007). Insofern bedürfte es nicht zwangsläufig einer spezifischen Verifikation des Abwägeprozesses, sondern eines konkreten Zuschnittes auf die präoperative Patientensituation, die durch einige der in der Untersuchung aufgezeigten Besonderheiten ergänzt wird.

2.6.1.2. Perspektivenwechsel

Eine weitere Möglichkeit zur inhaltlichen Verifikation der Ergebnisse wäre die Befragung von Ärzten, klinisch tätigen Psychologen und Seelsorgern zu präoperativen Stressoren der Patienten. Dies folgte dem Konzept des "Fair dealing" von Mays und Pope (Mays und Pope 2000), nach dem zur Validierung einer qualitativen Untersuchung eine große Bandbreite unterschiedlicher Perspektiven notwendig ist. Die konstante komparative Analyse ermöglichte dann, diese Ansichten in die Theorie des Abwägens einzuarbeiten.

2.6.2. Erweiterung der Stichproben

2.6.2.1. Erweiterung der Stichprobe nach medizinischen Kriterien

Zur Generalisierbarkeit der Theorie über die untersuchte Klientel hinaus erscheint es ratsam, in Folgeuntersuchungen theoretisches Sampling dahingehend zu betreiben, dass eine gezielte Erweiterung der Patientenklientel betrieben wird. Vor allem eine Erweiterung auf Patienten, bei denen majore Operationen, also Grad III der modifizierten Hopkinsskala, geplant sind, könnte Aufschluss über die breite Anwendbarkeit der Theorie geben (Donati et al. 2004). Insbesondere handelt es sich dabei um offene kardiochirurgische Eingriffe, bei denen ein erhöhtes Risiko, während der Operation zu versterben, vorliegt. So wurde für Patienten mit koronaren arteriellen Bypass-Operationen von Robley im Unterschied zur vorliegenden Untersuchung als Hauptstressor die Möglichkeit des Todes beschrieben (Robley et al. 2010). Zusätzlich wird der präoperative Stress bei jenem Klientel häufig durch psychiatrische Co-Morbiditäten wie Depression überlagert (Tigges-Limmer et al. 2010). Möglicherweise kann dies durch die symbolhafte Aufladung des Herzens als „Zentrum“ der Lebenskraft bedingt sein, die im Bereich kardiochirurgischer Interventionen eine größere Rolle spielt als in den anderen Disziplinen.

Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwieweit Abwägen als Prozess auch bei anderen medizinischen Behandlungen, beispielsweise Katheterinterventionen, Röntgendiagnostik aber auch Beginn oder Ende medikamentöser Behandlungen eine Rolle spielt. Hierfür könnte sowohl eine ähnliche qualitative Untersuchung mit der Grounded Theory-Methodik als auch eine auf den zur Operationalisierung des Abwägeprozesses entwickelten Fragebogen gestützte quantitativ-statistische Untersuchung infrage kommen.

Bezogen auf den Einfluss der wahrgenommenen Funktion und der empfundenen Unterbrechung

dieser erscheint es interessant, ambulante Patienten, die noch am Tag der Operation nach Hause entlassen werden können, zu untersuchen. Ausgehend von bisherigen Studien zum unterschiedlichen Stressniveau könnte bei diesen Patienten die lediglich geringe Unterbrechung der täglichen Routine stressmindernd wirken und als Erklärung für diese Unterschiede dienen (Wetsch et al. 2010).

Schwieriger ist hingegen die Einbeziehung von Notfallpatienten in die Untersuchung, da diese die medizinische Behandlung nicht behindern oder verzögern darf. Es stellt sich auch die Frage, inwieweit es Sinn ergibt, den präoperativen Stress von Notfallpatienten zu untersuchen, der mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit von existentiellen Ängsten überdeckt ist. Ebenso ist davon auszugehen, dass eine durch das Unfallereignis selbst ausgelöste physiologische Stressreaktion das Stressniveau unabhängig von dem psychologischen Stress des Abwägeprozesses maßgeblich bestimmt. Eine Untersuchung von Koutsosimou et al. 1996 zeigt, dass sich die postoperativen Coping-Strategien von Unfallpatienten von denen anderer Patienten unterscheiden, was auf unterschiedliche prä- und perioperativ wirkende Stressoren hindeuten könnte. Selbst bei Identifikation der zugrundeliegenden präoperativen Prozesse und konkreter Stressoren würde jedoch eine praktische Anwendung im Sinne einer Stressreduktion aus methodischen Gründen doch nur schwer gefunden werden können.

2.6.2.2. Erweiterung der Stichprobe nach soziologischen Kriterien

Auf die Einschränkungen der soziologischen Merkmale der untersuchten Stichprobe wurde ebenfalls eingegangen. Besonders auffällig war das völlige Fehlen religiöser Bezüge in der Wahrnehmung und Verarbeitung präoperativen Stresses. Aus diesem Grund erscheint eine genauere Untersuchung religiöser Inhalte in stärker religiösen Bevölkerungsgruppen aussichtsreich zur Klärung der Frage nach dem Einfluss religiöser Überzeugungen auf präoperativen Stress. Interessant wäre dabei auch ein interreligiöser Vergleich beispielsweise zwischen christlich und muslimisch geprägten Patienten unter Einbezug der individuellen Einschätzung der Religiosität. Eine mögliche Erkenntnis kann eine unterschiedliche Bewertung der wahrgenommenen Funktion sein. Bei dieser Frage könnte auch der soziokulturelle Hintergrund in das Blickfeld einer fortführenden Untersuchung rücken, bedenkt man die teilweise doch recht unterschiedlich rigiden Rollenvorstellung diverser Kulturen und die daraus abgeleiteten Wahrnehmungen der individuellen Funktion.

2.6.2.3. Kinder

Da auch Kinder chirurgische Patienten sein können, sollte eine Fortführung der Untersuchung auch auf dem Gebiet der Kinderchirurgie stattfinden. Zu mutmaßen ist, dass die Stressoren der kindlichen Erlebniswelt sich wesentlich von denen erwachsener Patienten unterscheiden, wenngleich die zugrunde liegende Struktur des Abwägeprozesses möglicherweise gleich ist.

Es sollte gleichermaßen eine Abwägung der eigenen Problemlösungskompetenz stattfinden, die relativ schnell zu dem Ergebnis käme, das vorhandene Problem - mutmaßlich Schmerzen - nicht selbst lösen zu können. Auch das Abwägen der fremden (elterlichen und ärztlichen) Problemlösungskompetenz dürfte sich im Vergleich zu erwachsenen Patienten wesentlich undifferenzierter gestalten und im Normalfall auf das Annehmen der Hilfe hinauslaufen.

Parallel dazu erscheint ein Abwägen der Beeinträchtigungen durch die Krankheit und durch die Operation als wahrscheinlich. Auch hier dürfte entsprechend der geringeren intellektuellen Kapazität des Kindes eine vergleichsweise undifferenzierte Betrachtung stattfinden, die weniger die zukünftigen Komplikationen der Operation in den Vordergrund stellt als die Beseitigung der aktuell wahrgenommenen Beschwerden - seien diese durch die Erkrankung hervorgerufen oder durch die Operation selbst. Bei der Betrachtung der in den Abwägungsprozess eingebrachten und als Stressoren wirkenden Faktoren könnten sich einige deutliche Unterschiede zum erwachsenen Patienten zeigen:

Zum einen kann möglicherweise von einer wesentlich geringeren Bedeutung der wahrgenommenen Funktion in der Familie ausgegangen werden. Hingegen dürfte der Fokus vor allem auf der Beeinträchtigung der Freizeit und des sozialen Umfeldes liegen, von dem das Kind für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes getrennt ist. Zum anderen werden wahrscheinlich die akuten Auswirkungen der operationsbegleitenden Maßnahmen stärker wahrgenommen als der Ausblick auf eine beschwerdefreie Zeit nach der Operation. Dies könnte als Ausdruck einer im Vergleich zu Erwachsenen noch nicht ausreichend entwickelten Impulskontrolle im Sinne eines Belohnungsaufschubes nach Mischel sein (Patterson und Mischel 1976, Mischel et al. 1989).

Deutlich wird bei der dieser Betrachtung des Abwägeprozess jedoch, dass sein Durchleben und seine Gestaltung nicht vom rechtlichen Status des Patienten als Kind, Jugendlicher oder Erwachsener abhängen, sondern vom Grad der intellektuellen Reife, der das Kind oder den Erwachsenen seine Situation erkennen und im Abwägeprozess beurteilen lässt. Hierbei spielen insbesondere die Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie das Wissen über die Krankheit eine entscheidende Rolle.

Ausgehend von diesen Überlegungen stellt sich die Frage, inwieweit es Eltern in jedem Falle

möglich ist, in der die medizinische Behandlung des Kindes betreffenden Entscheidungsfindung den im Kind ablaufenden Abwägeprozess angemessen zu berücksichtigen, durch vertrauensvolles Gespräch zu beeinflussen und sich gegebenenfalls über das Ergebnis des kindlichen Prozesses hinwegzusetzen. In jedem Falle bedarf es dazu einer individuellen Einschätzung der Fähigkeiten des Kindes zur Selbstreflexion und der intellektuellen Kapazität sowie der entwickelten Impulskontrolle. Weitergehende Untersuchungen könnten sich auf diesen Aspekt konzentrieren und beispielsweise vergleichend darzustellen versuchen, inwieweit das Ergebnis des Abwägeprozesses bei Eltern und Kindern übereinstimmt. Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch eine eventuelle Abhängigkeit von Alter und kognitiver Entwicklung des Kindes, insbesondere in Bezug auf Akzeptanz eines Belohnungsaufschubes in anderen Situationen.

2.6.3. Inhaltliche Erweiterungen

2.6.3.1. Typisierung von Patientenkollektiven

Wie bereits angedeutet, kann es möglicherweise zu einer statistischen Häufung bestimmter Stressoren in einigen Patientenkollektiven kommen. Daher können statistische Untersuchungen lohnend sein, die das Vorkommen von Stressoren in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Familienleben und Beziehungsstatus untersuchen. In diesem Zusammenhang sollte auch das Auftreten der vier postulierten Typen beider Abwägeprozesse in Abhängigkeit von den gefundenen Kollektiven betrachtet werden. Auf diese Weise könnten Risikogruppen bestimmt werden, bei denen mit bevorzugtem Auftreten ungünstiger Ergebnisse des Abwägeprozess zu rechnen ist.

2.6.3.2. Typen des Abwägens

Um die für die jeweils unterschiedlichen Interventionsstrategien auf einer chirurgischen Station benötigten Ressourcen abschätzen zu können, erscheint eine Untersuchung der Häufigkeiten der Ergebnistypen des Abwägens sinnvoll. Dazu kann wiederum ein Fragebogen dienen, der die beiden Säulen des Abwägeprozesses - das Abwägen der Problemlösungskompetenz und der Operation - und seine möglichen Ergebnisse operationalisiert. Auch ein möglicher Zusammenhang von Ergebnissen beider Prozesse kann so untersucht werden, sodass das Vorgehen speziell auf diese Fälle abgestimmt werden kann.

In diesem Zusammenhang wäre es lohnenswert, in einer qualitativen Untersuchung nach den Ursachen zu forschen, warum Patienten mit den Ergebnissen "Kontrolle" oder "Hilflosigkeit" sowie "Ablehnung" und "Fragwürdigkeit der Operation" dennoch im Krankenhaus sind. Mögliche Aspekte des sozialen Drucks wurden aufgezeigt, dennoch wären genauere Angaben über die Ursachen hilfreich für den Umgang mit sich daraus ergebenden Stresssituationen der Patienten.

2.6.3.3. Vorerfahrungen

Negative Vorerfahrungen mit medizinischem Personal erschweren den Patienten möglicherweise die positive Bewertung der fremden Problemlösungskompetenz. Von der sowohl qualitativ als auch quantitativ durchführbaren Untersuchung der Art und des Ausmaßes negativer Vorerfahrungen bei chirurgischen Patienten kann möglicherweise auf den Einfluss und die Tendenz zur Generalisierung dieser Vorerfahrungen bei der Bewertung der fremden Problemlösungskompetenz geschlossen werden. Dadurch könnten unterschiedliche Strategien entwickelt werden, den Patienten zur Überwindung dieser erfahrungsgeleiteten Bewertung zu helfen und die Problemlösungskompetenz der Ärzte in der aktuellen Situation anzuerkennen. So könnte auch für diese Patienten eine Senkung des präoperativen Stresses und eine sinnvolle Einordnung der Operation in ihr Leben erreicht werden.

2.6.3.4. Wahrnehmung der eigenen Funktion

Die Bedeutung der wahrgenommenen Funktion für den Abwägeprozess wurde bereits ausführlich dargelegt. Daher erscheint es sinnvoll, ein Screeninginstrument zu entwickeln, das die Art und den Umgang der Patienten mit der wahrgenommenen Funktion identifiziert. Patienten mit problematischem Umgang könnten so frühzeitig als gefährdet erkannt und stärker psychologisch betreut werden. Gegebenenfalls kann auch anhand eines zu entwickelnden Fragebogens vergleichend untersucht werden, wie gut die ärztliche Sozialanamnese bereits diesen Aspekt abdeckt. Bei der Erstellung dieser Screeninginstrumente könnte sich an den bereits existierenden Screeninginstrumenten der Psychoonkologie orientiert werden, beispielsweise die bereits erwähnten FLZ und HSI, das „Distress Thermometer“ oder die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS), die ebenfalls zum Ziel haben, besonders belastete Patienten zu identifizieren (Zigmond und Snaith 1983, Roth et al. 1998). Im Gegensatz zu FLZ und HSI sollte hier jedoch weniger die allgemeine Lebensqualität als mehr belastende Denk- und Verhaltensmuster sowie die Identifikation der Patienten mit ihren wahrgenommenen Funktionen erfasst werden.

Eine Möglichkeit, die Einschätzung der eigenen und fremden Problemlösungskompetenz positiv zu beeinflussen, wäre die Möglichkeit, regelhaft Kontakt mit Selbsthilfegruppenvertretern oder anderen betroffenen Patienten herzustellen. Es könnte in einer vergleichenden Untersuchung festgestellt werden, ob und wie sich diese Maßnahme auf die Bewertung der eigenen Problemlösungskompetenz und den präoperativen Stress auswirkt. Dazu bedürfte es eines geeigneten Messinstrumentes der Einschätzung der eigenen Problemlösungskompetenz, beispielsweise eines Fragebogens, sowie eines Messinstrumentes für den präoperativen Stress, wofür sich auch die PSS anbietet.

2.6.3.5. Persönlichkeitsmerkmal Operationsangst

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung lag auf der Identifikation externer Faktoren, die zur Entstehung präoperativen psychischen Stresses beitragen. Diese treffen allerdings bei jedem Patienten auf individuelle Persönlichkeitsmerkmale, die als überdauernde Muster (Traits) von Verhalten, Emotion und Gedanken den Umgang mit ihnen beeinflussen und zur Stressentstehung beitragen (Kassin 2004). Insbesondere die Betrachtung von (Operations-)Angst als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal wirft die Frage auf, ob das Abwägen bei gleichen äußeren Umständen von diesen beeinflusst wird. Ein erster Schritt dazu kann die Messung der Operationsangst mit dem „Stait-Trait-Operation-Anxiety“-Inventar (STOA) von Krohne et al. 2005 sein, deren Ergebnis dann mit dem Ergebnis des Abwägens analog zu ähnlichen Untersuchungen Krohnes, die die Wechselwirkungen zwischen Operationsvorbereitung durch Information oder Entspannung und verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen untersuchten, in Beziehung gesetzt werden kann (Krohne et al. 2005, Krohne und El-Giamal 2008).

2.6.3.6. Postoperativer Stress

Diese Untersuchung konzentrierte sich vornehmlich auf die präoperativen Stressoren der Patienten, deren Einfluss auf das Stressniveau über den Abwägeprozess erklärt werden kann. Es ist aber zu vermuten, dass das Ergebnis dieses Prozesses auch Auswirkungen auf den postoperativen Stress hat. Insbesondere bei einer Diskrepanz zwischen erwartetem und tatsächlichem Ergebnis der Operation und der Erkenntnis, zu einem falschen Ergebnis gekommen zu sein, wird ein erhöhtes Stressniveau erwartet. Doch auch bei erwartetem Ausgang mag das Abwägeergebnis einen Einfluss haben. Dafür könnte das präoperativ mittels eines Fragebogens erhobene Ergebnis mit einer postoperativen Messung des Stressniveaus verglichen werden.

Schlussfolgerungen

Das Abwägen der Problemlösungskompetenz impliziert die Notwendigkeit, ärztlicherseits kritisch mit den eigenen Fähigkeiten umzugehen und die Erwartungen der Patienten daraufhin zu überprüfen. Eine Erwartung, die die eigenen Fähigkeiten deutlich übersteigt, muss zurückgewiesen werden. Dazu ist es notwendig, die Patienten auf die Möglichkeit von Fehlern hinzuweisen und frühzeitig auch im Behandlungsverlauf begangene einzugestehen. Nur dadurch kann den Patienten ein auf realistische Informationen gestütztes Abwägen ermöglicht und eine Fehleinschätzung der ärztlichen Problemlösungskompetenz sowie der Beeinträchtigungen durch die Operation ermöglicht werden. Verständlicherweise ist die Kommunikation über eigene Schwächen eine nicht oft geübte Tätigkeit in der ärztlichen Ausbildung. Daher sollte dieser Aspekt im Rahmen der kommunikativen Ausbildung von Ärzten einen angemessenen Platz finden, um auch Studenten der Medizin frühzeitig diese elementare Fertigkeit zu vermitteln. Ein erster Versuch Implementierung in das medizinische Curriculum wurde mit dem Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“ bereits unternommen (Kiessling et al. 2008). Eine solchermaßen fundierte selbstkritische Haltung sollte auch in Zukunft selbstverständlich zur ärztlichen Grundhaltung gehören.

Ebenso wurde eine besonders in den letzten Jahrzehnten wichtig gewordene Erkenntnis bestätigt, die sich auf den Umgang mit Informationen bezieht: Zum Abwägen der Patienten bedarf es eines konstanten und umfassenden Informationsflusses zu den Patienten hin, insbesondere dann, wenn die Patienten ihre eigene Problemlösungskompetenz als hoch einschätzen. Auf der Grundlage der jeweils aktuellen Informationen über Wesen und Prognose der Erkrankung sowie der Operation können Patienten die Operation abwägen. Selbstverständlich müssen dabei für die Patienten nicht notwendigerweise absehbare Komplikationen der Operation aber auch der Erkrankung besonders berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollten die Patienten über jede neue Entwicklung ihres Krankheitsverlaufes frühzeitig informiert werden, um ausreichend Zeit zum Abwägen zu haben. Diese Forderung ist eng mit den Anforderungen an die Aufklärung der Patienten verknüpft. Diese sollte unter Berücksichtigung des Zeitbedarfs des Abwägens so früh wie möglich durchgeführt werden. Bei elektiven Eingriffen bedeutet dies, die Aufklärung bereits vor der Aufnahme in das Krankenhaus vollumfänglich durchzuführen. Alle Aspekte der Erkrankung sowie der Operation einschließlich der möglichen Beeinträchtigungen und Komplikationen sollten den Patienten bereits zu diesem Zeitpunkt erläutert werden. Nach der Aufnahme selbst sollte zur juristischen Absicherung der Ärzte zwar eine kurze Wiederholung stattfinden, diese sollte jedoch keine neuen Informationen beinhalten. Nur so kann für die Patienten ausreichend Zeit zum Abwägen gewährleistet werden, so dass sie möglicherweise bereits Vorkehrungen zur Abgabe von wahrgenommenen Funktionen für

die Dauer ihres Krankenhausaufenthaltes treffen können.

Im Rahmen der Aufklärung sollte eine umfangreiche Klärung der subjektiven Krankheitstheorie sowie der Vorerfahrungen der Patienten erfolgen. Wie dargelegt sollte, wenn nötig, eine inhaltliche Korrektur oder Ergänzung stattfinden. Eine sich während des Krankenhausaufenthaltes plötzliche ergebende Notwendigkeit, neu abzuwägen, sollte vermieden werden, da damit der präoperative Stress aufgrund des nicht abgeschlossenen Abwägeprozesse ansteigt. Daher dürfen Patienten keinesfalls in einer für sie zwar stressarmen, aber falschen Vorstellung ihrer Krankheit belassen werden.

Zur praktischen Durchführung der frühzeitigen Aufklärung ist eine gute inhaltliche Abstimmung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung notwendig. Es muss sichergestellt sein, dass die Informationsübermittlung an die Patienten vollständig ist. Gegebenenfalls bedarf es dazu des Eingeständnisses der niedergelassenen Ärzte, keine umfänglichen Angaben über Verlauf und Auswirkungen der Operation machen zu können. In diesem Falle bietet sich eine vorstationäre Aufklärung in der Klinikambulanz an, im besten Falle durch den die Operation durchführenden Arzt. Dabei kann gleichzeitig auf die Möglichkeit der Hilfe beim Umgang mit den durch den Krankenhausaufenthalt verursachten Beeinträchtigungen hingewiesen werden.

Dies betrifft eine weitere sich aus der Untersuchung ergebende Forderung an die Praxis: Es sollten Möglichkeiten geschaffen werden, die wahrgenommen Funktionen der Patienten und die sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen durch den Krankenhausaufenthalt erkennen zu können, um Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Dazu sollte das Erfragen der wahrgenommenen Funktion einen festen Platz in der Anamnese der Patienten haben. Hilfsmöglichkeiten könnten in Form niederschwelliger Angebote unterbreitet werden. Vorstellbar ist ein analog zu ehrenamtlichen Besuchs- und Seelsorgediensten organisiertes Freiwilligensystem zur Unterstützung der Patienten in der Erfüllung ihrer Funktionen trotz Krankenhausaufenthaltes. Natürlich bedarf es dazu auch einer offenen Kommunikation mit den Angehörigen der Patienten, um eventuelle Funktionsübernahmen für den Patienten deutlich wahrnehmbar klären zu können. Die Patienten sollten daher offen auf diese Möglichkeit angesprochen werden.

Insbesondere der Umgang mit diesen Funktionen bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Es sollte eruiert werden, inwieweit sich Patienten über ihre zugeschriebenen Funktionen selbst definieren und durch die Nichtausübung in der Zeit des Krankenhausaufenthaltes - aber auch schon durch die Erkrankung - beeinträchtigt sehen. Falls sich der Umgang mit den wahrgenommenen Funktionen als problematisch darstellt, sollte es Möglichkeiten geben, zügig kurzfristig angelegte psychologische Interventionen veranlassen zu können. Denkbar erscheint dies über einen Liaisonsdienst, wobei im Idealfall natürlich speziell für diese Fälle angestelltes psychologisches

Personal diese Kurzzeitinterventionen durchführen kann.

Weiterhin sollte die Einschätzung der Problemlösungskompetenz bei den Patienten erfragt werden. Dabei können die negativen Vorerfahrungen mit ärztlichen Behandlungen und deren Einfluss auf die Bewertung der jetzigen Situation eine Rolle spielen. Im Mittelpunkt sollte die Vermittlung der Normalität der Fehlerhaftigkeit von Menschen sowie der Begrenzung der eigenen und der ärztlichen Fähigkeiten stehen. Psychologisch geschultes Personal kann dann mit den Patienten ressourcenorientiert neue Möglichkeiten der Problemlösung erarbeiten. So kann eine realistischere Einschätzung der Problemlösungskompetenzen und ein positives Abwäageergebnis im Sinne von Zusammenarbeit oder Vertrauen ermöglicht werden.

Aufgrund des Umfanges der Sozialanamnese unter besondere Berücksichtigung der wahrgenommenen Funktion erscheint es fragwürdig, ob dies durch die ärztlichen Mitarbeiter in vollem Umfang geleistet werden kann. Daher sollte über eine parallel zur ärztlichen Anamnese und Aufnahmeuntersuchung laufendes psychologisches Aufnahmegespräch als Standard auf chirurgischen Stationen nachgedacht werden, in dem diese Aspekte berücksichtigt werden können. Als Minimalvariante ist ein bereits diskutiertes Fragebogenscreening zum Umgang mit den wahrgenommenen Funktionen denkbar. In jedem Fall sollte die Beachtung dieser Problematik genauso selbstverständlich wie die Aufklärung zum Standard einer stationären Behandlung gehören.

Nicht zuletzt darf eine Forderung an die Praxis chirurgischer Behandlung nicht unerwähnt bleiben: Sollte sich die wahrgenommene Beeinträchtigung der Patienten durch die Erkrankung und die ärztliche Einschätzung der Bedrohlichkeit der Erkrankung als niedrig erweisen, so kann die Notwendigkeit einer Operation mit niedrigem Risiko - insbesondere, wenn ihre Beeinträchtigung durch die Patienten als hoch eingeschätzt wird - durchaus in Frage gestellt werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Ajzen I. 1985. From intentions to action: A theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, Hrsg. Action control: From cognition to behavior. Aufl. Berlin: Springer, 11-39.
- Ajzen I. 2002. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (4):665-683.
- Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. 2010. Preoperative anxiety: Clinical manifestations, evaluation and prevention. *Annales Medico-Psychologiques*, 168 (8):588-592.
- Anand KJS. 1986. The stress response to surgical trauma - From physiological basis to therapeutic implications. *Progress in Food and Nutrition Science*, 10 (1-2):67-132.
- Anderson EA. 1987. Preoperative preparation for cardiac-surgery facilitates recovery, reduces psychological distress, and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (4):513-520.
- Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. 1990. Preoperative anxiety - detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anaesthesia-Journal Canadien D Anesthesie*, 37 (4):444-447.
- Bandura A. 1977. Self-Efficacy - Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2):191-215.
- Bandura A. 1986. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Aufl. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura A. 2001. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52:1-26.
- Becker MH. 1974. The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Slack.
- Blaxter M. 1996. Criteria for evaluation of qualitative research. *Medical Sociology News*, 22:68-71.
- Borah G, Rankin M, Wey P. 1999. Psychological complications in 281 plastic surgery practices. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104 (5):1241-1246.
- Boulton M, Fitzpatrick R. 1994. Qualitative methods for assessing health care. *Quality in Health Care*, 3:107-113.
- Breckenridge J. 2009. Demystifying Theoretical Sampling in Grounded Theory Research. *The Grounded Theory Review*, 8 (2):113-126.
- Brehm JW. 1966. Theory of psychological reactance. New York: Academic Press.
- Breuer F. 1999. Probleme human- und sozialwissenschaftlicher Erkenntnismethoden: viel Verwirrung – einige Vorschläge. In: Groeben N, Hrsg. Zur Programmatik einer sozialwissenschaftlichen Psychologie. Münster: Aschendorff, 193-309.
- Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. 1995. Qualitative research methods in general-practice and primary-care. *Family Practice*, 12 (1):104-114.
- Broadbent E, Petrie KJ, Alley PG, Booth RJ. 2003. Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65 (5):865-869.
- Bruch HP, Schwandner O. 1997. Human fear and anxiety before surgery. *Anesthesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 32 (3):S315-S317.
- Bursten B, Russ JJ. 1965. Preoperative psychological state and corticosteroid levels of surgical patients. *Psychosomatic Medicine*, 27:309-316.
- Charmaz K. 2000. Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In: Lincoln NK, DuY, Hrsg. Handbook of Qualitative Research. 2te Aufl. Thousand Oaks, CA: Sage, 509-536.
- Cobley M, Dunne JA, Sanders LD. 1991. Stressful pre-operative preparation procedures: the routine removal of dentures during pre-operative preparation contributes to pre-operative distress. *Anaesthesia*, 46:1019-1022.

- Cohen L, Fouladi RT, Katz J. 2005. Preoperative coping strategies and distress predict postoperative pain and morphine consumption in women undergoing abdominal gynecologic surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (2):201-209.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. 1983. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4):385-396.
- De Bruin J. 1998. Angst und Stressbewältigung bei chirurgischen Patienten: Fragebogenentwicklung und Zusammenhänge mit perioperativer Anpassung. [Inaugural Dissertation]. Johannes Gutenberg Universität: Mainz.
- de Bruin JT, Schaefer MK, Krohne HW, Dreyer A. 2001. Preoperative anxiety, coping, and intraoperative adjustment: Are there mediating effects of stress-induced analgesia? *Psychology & Health*, 16 (3):253-271.
- de Groot KI, Boeke S, Passchier J. 1999. Preoperative expectations of pain and recovery in relation to postoperative disappointment in patients undergoing lumbar surgery. *Medical Care*, 37 (2):149-156.
- destatis. 2010. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) - Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern - Ausführliche Darstellung - 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. 2010. OPS Version 2011 - Alphabetisches Verzeichnis. Lich, Hess.: pictura Werbung.
- Donati A, Ruzzi M, Adrario E, Pelaia P, Coluzzi F, Gabbanelli V, Pietropaoli P. 2004. A new and feasible model for predicting operative risk. *British Journal of Anaesthesia*, 93 (3):393-399.
- Drageset S, Lindstrom TC, Underlid K. 2010. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (1):149-158.
- Draucker CB, Martsof DS, Ross R, Rusk TB. 2007. Theoretical sampling and category development in grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17 (8):1137-1148.
- Elder NC, Miller WL. 1995. Reading and evaluating qualitative research studies. *Journal of Family Practice*, 41 (3):279-285.
- Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E. 2000. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Fogarty C, Cronin P. 2008. Waiting for healthcare: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (4):463-471.
- Fontana A, Frey JH. 2005. The interview: from neutral stance to political involvement. In: N.K. D, Lincoln YS, Hrsg. *The Sage handbook of qualitative research*. 3te Aufl. Thousand Oaks: Sage, 695-727.
- Friedlander ML. 1982. Demographic, Cognitive and Experiential Predictors of Presurgical Anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 26 (6):623-627.
- Gallagher R, McKinley S. 2007. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*, 16 (3):248-257.
- Giacomini MK, Cook DJ, Evidence Based Med Working G. 2000. Users' guides to the medical literature XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? *Jama-Journal of the American Medical Association*, 284 (3):357-362.
- Giesen C, Birkner N. 2009. BQS-Qualitätsreport 2008: Cholezystektomie. In: Höfele F, Hrsg. *Qualität sichtbar machen BQS-Qualitätsreport 2008*. Düsseldorf: Christof Veit, Jochen Bauer, Klaus Döbler, Burkhard Fischer
- Glaser BG. 1978. Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory. 4te Aufl. Mill Valley, Calif.: Sociology Press.
- Glaser BG. 1992. Basics of grounded theory analysis. Aufl. Mill Valley, Calif.: Sociology Press.
- Glaser BG. 1998. *Doing Grounded Theory - Issues and Discussions*. Mill Valley, Ca 94942: Sociology Press.
- Glaser BG. 2001. *The Grounded Theory Perspective I: Conceptualization Contrasted with Description*. Aufl. Mill Valley, Ca: Sociology Press.

- Glaser BG. 2003. The Grounded Theory Perspective II: Description's Remodeling of Ground Theory Methodology. Aufl. Mill Valley, Ca: Sociology Press.
- Glaser BG. 2007. Doing Formal Grounded Theory. Aufl. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser BG, Strauss AL. 1967. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aufl. New York, NY: Aldine.
- Glaser BG, Strauss AL. 1998. Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung Bern: Huber.
- Glaser BG, Holton J. 2004. Remodelling Grounded Theory Berlin: Mruck, Katja.
- Gouin JP, Kiecolt-Glaser JK. 2011. The Impact of Psychological Stress on Wound Healing: Methods and Mechanisms. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 31 (1):81-+.
- Goulding C. 1998. Grounded Theory: the missing methodology on the interpretivist agenda. *Qualitative Market Research*, 1 (1):50-57.
- Grabow L, Buse R. 1990. Preoperative anxiety for surgery, for anesthesia or for pain. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 40 (7):255-263.
- Guba EG. 1990. The alternative paradigm dialog. In: Guba EG, Hrsg. The paradigm dialog. Newbury Park, CA: Sage, 17-27.
- Hagen Cv. 2001. Differentielle Indikation psychologischer Operationsvorbereitung bei knochenchirurgischen Wahleingriffen Duisburg: Gerhard-Mercator-Universität.
- Haraway D. 1991. Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. In: Haraway D, Hrsg. Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature. New York: Routledge, 183-201.
- Hayesbautista DE. 1976. Classification of practitioners by urban chicano patients - aspect of sociology of lay knowledge. *American Journal of Optometry and Physiological Optics*, 53 (3):156-163.
- Hayesbautista DE. 1978. Chicano patients and medical practitioners - Sociology of knowledges paradigm of lay-professional interaction. *Social Science & Medicine Part a-Medical Sociology*, 12 (2A):83-90.
- Herschbach P. 2008. Screeningverfahren in der Psychoonkologie - Testinstrumente zur Identifikation betreungsbedürftiger Krebspatienten. Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Jarvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer EAM. 2009. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP) - A systematic review. *European Journal of Pain*, 13 (7):719-730.
- Hinrichs A, Schulz K, Jarvinen I, Neugebauer E. 2007. Persistent pain after surgery. *Chirurgische Gastroenterologie*, 23 (1):7-12.
- Höfling S. 1988. Psychologische Vorbereitung auf chirurgische Operationen: Untersuchung bei Erwachsenen Patienten mit elektiven Eingriffen. Aufl. Berlin: Springer.
- Holbling N, Pilz E, Feil W, Schiessel R. 1995. Laparoscopic cholecystectomy - a metaanalysis of 23 700 reported cases and an evaluation of our own results. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 107 (5):158-162.
- Holton JA. 2007. The coding process and its challenges. In: Bryant A, Charmaz K, Hrsg. The Sage handbook of grounded theory. Thousand Oaks, CA.: Sage, 265-289.
- Huse-Kleinstoll G, Boll A, Götze P. 1984. Angst und Angstbewältigung vor und nach operativen Eingriffen. In: Götze P, Hrsg. Leitsymptom Angst. Berlin: Springer, 76-87.
- Jamshidi N, Abbaszadeh A, Kalyani MN. 2009. Effects of video information on anxiety, stress and depression of patients undergoing coronary angiography. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 25 (6):901-905.
- Janis IL. 1958. Psychological Stress - psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York: Academic Press.
- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. 2010. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104 (3):369-374.

- Johansson AC, Corneffjord M, Bergkvist L, Ohrvik J, Linton SJ. 2007. Psychosocial stress factors among patients with lumbar disc herniation, scheduled for disc surgery in comparison with patients scheduled for arthroscopic knee surgery. *European Spine Journal*, 16 (7): 961-970
- Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. 2004. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Timer Has Come. *Educational Researcher*, 33 (7):14-26.
- Johnston M, Carpenter L. 1980. Relationship between pre-operative anxiety and post-operative state. *Psychological Medicine*, 10 (2):361-367.
- Jones JW. 2009. Selection of Grounded Theory as an Appropriate Research Methodology for a Dissertation: One student's perspective. *The Grounded Theory Review*, 8 (2):23-34.
- Kassin S. 2004. *Psychology*. 4te Aufl. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. 2008. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild*, 25 (2):Doc83.
- Köhle K, Koerfer A, Kretschmer B, Obliers R, Reimer T, Thomas W. 2005. *Manual Ärztliche Gesprächsführung + Mitteilung schwerwiegender Diagnosen* Köln: AG Medizindidaktik Köln.
- Krohne HW, El-Giamal M. 2008. Psychological preparation for surgery, coping, and perioperative adaptation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16 (4):183-195.
- Krohne HW, Slangen K, Kleemann PP. 1996. Coping variables as predictors of perioperative emotional states and adjustment. *Psychology & Health*, 11 (3):315-330.
- Krohne HW, Schmukle SC, de Bruin J. 2005. The inventory „State-Trait Operation Anxiety“ (STOA): Construction and empirical findings. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55 (3-4):209-220.
- Krohne HW, de Bruin JT, El-Giamal M, Schmukle SC. 2000. The assessment of surgery-related coping: The Coping with Surgical Stress Scale (COSS). *Psychology & Health*, 15 (1):135-149.
- Kvale S. 1996. *InterViews: an introduction to qualitative research writing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Langer EJ, Janis IL, Wolfer JA. 1975. Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11 (2):155-165.
- Latour B, Woolgar S. 1986. *Laboratory life: the construction of scientific facts*. Princeton: Princeton University Press.
- Lazarsfeld PF. 1958. *The academic mind: social scientists in a time of crisis*. Glencoe, Ill.: The Free Press.
- Lazarus RS. 1981. The Stress and Coping Paradigm. In: Eisdorfer C, Cohen D, Kleinman A, Maxim P, Hrsg. *Models for Clinical Psychopathology*. New York: Spectrum, 177-214.
- Lazarus RS. 1999. *Stress and Emotion - a new Synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus RS, Launier R. 1981. Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch JR, Hrsg. *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber,
- Lincoln Y, Guba E. 1985. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lippke S, Ziegelmann JP, Schwarzer R. 2004. Behavioral intentions and action plans promote physical exercise: A longitudinal study with orthopedic rehabilitation patients. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26 (3):470-483.
- Loftus E. 2003. Science and society - Our changeable memories: legal and practical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 4 (3):231-234.
- Loftus EF. 1996. *Eyewitness Testimony*. Aufl. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Lower T, Krier C, Hennbeilharz A. 1993. The influence of the preoperative visit by the anesthetist on the anxiety of the patient. *Anesthesiologie & Intensivmedizin*, 34 (4):121-126.
- Maddux JE, Rogers RW. 1983. Protection Motivation and Self-Efficacy - A revised theory of fear appeals and attitude-change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19 (5):469-479.

- Malterud K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358 (9280):483-488.
- Malterud K, Hollnagel H. 1999. Encouraging the strengths of women patients - A case study from general practice on empowering dialogues. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27 (4):254-259.
- Mann BJ, Grana WA, Indelicato PA, O'Neill DF, George SZ. 2007. A survey of sports medicine physicians regarding psychological issues in patient-athletes. *American Journal of Sports Medicine*, 35 (12):2140-2147.
- Matter P, Kindler C. 1989. Angst und Schmerz. In: Hierholzer G, Hierholzer S, Hrsg. *Chirurgisches Handeln*. Stuttgart: Thieme,
- Mays N, Pope C. 1995. Rigour and qualitative research. *British Medical Journal*, 311 (6997):109-112.
- Mays N, Pope C. 2000. Qualitative research in health care - Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320 (7226):50-52.
- McCleane GJ, Cooper R. 1990. The nature of preoperative anxiety. *Anaesthesia*, 45 (2):153-155.
- Merriam SB, Simpson EL. 2000. A guide to research for educators and trainers of adults. 2te Aufl. Malabar, FL: Krieger.
- Miles MB, Huberman AM. 1994. *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*. 2te Aufl. Thousand Oaks: Sage Publ. Inc.
- Mischel W, Shoda Y, Rodriguez ML. 1989. Delay of gratification in children. *Science*, 244 (4907):933-938.
- Mitchell M. 2003. Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (6):806-815.
- Morse JM. 2008. "What's your favorite color?" Reporting irrelevant demographics in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 18 (3):299-300.
- Nagel T. 1986. *The view from nowhere*. New York: Oxford University Press.
- Noack T. 2007. *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München: Elsevier.
- Ohalloran CM, Altmaier EM. 1995. The efficacy of preparation for surgery and invasive medical procedures. *Patient Education and Counseling*, 25 (1):9-16.
- Ohara MW, Ghoneim MM, Hinrichs JV, Mehta MP, Wright EJ. 1989. Psychological consequences of surgery. *Psychosomatic Medicine*, 51 (3):356-370.
- Panda N, Bajaj A, Pershad D, Yaddanapudi LN, Chari P. 1996. Pre-operative anxiety - Effect of early or late position on the operating list. *Anaesthesia*, 51 (4):344-346.
- Parent N, Fortin F. 2000. A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: Impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity. *Heart & Lung*, 29 (6):389-400.
- Parker LD, Ruffey BH. 1997. Methodological themes: Back to the drawing board: revisiting grounded theory and the everyday accountant's and manager's reality. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 10 (2):212-247.
- Pasternak LR. 1996. Preanesthesia evaluation of the surgical patient. *ASA Refresher Courses in Anesthesiology*:
- Patterson GR, Mischel W. 1976. Effects of temptation and task facilitating plans of self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32:209-217.
- Patton MQ. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. 2te Aufl. Newbury Park, CA: Sage.
- Pergert P. 2009. Methodological Learning-by-Doing: Challenges, lessons learned and rewards. *The Grounded Theory Review*, 8 (2):65-76.
- Polit DF, Hungler BP. 1999. *Nursing research: principles and methods*. 6te Aufl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Renner B, Knoll N, Schwarzer R. 2000. Age and body make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7 (2):143-159.
- Rennie D. 1995a. *Psychological Research as Grounded Pragmatism* New York City:

- Rennie D. 1995b. Objectivity and Relativity in Grounded Theory Analysis: Pragmatism Considered Vancouver, British Columbia:
- Rindell A. 2009. A Grounded Theory Approach in a Branding Context: Challenges and Lessons learnt during the research. *The Grounded Theory Review*, 8 (2):77-88.
- Robley L, Ballard N, Holtzman D, Cooper W. 2010. The experience of stress for open heart surgery patients and their caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 32 (6):794-813.
- Roderick C. 2009. Learning Classic Grounded Theory: An account of the journey and advice for new researchers. *The Grounded Theory Review*, 8 (2):49-64.
- Rogers RW. 1975. Protection Motivation Theory of fear appeals and attitude-change. *Journal of Psychology*, 91 (1):93-114.
- Rosenstock IM. 1966. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:94-95.
- Roth-Isigkeit A, Schwarzenberger J, Brechmann J, Gehring H, Klotz KF, Schmucker P. 1997. Vorbereitung auf elektive Eingriffe - Spektrum und Verbreitung somatischer und psychologischer Maßnahmen in Deutschland. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 32 (11):654-658.
- Roth-Isigkeit A, Ocklitz E, Bruckner S, Ros A, Dibbelt L, Friedrich HJ, Gehring H, Schmucker P. 2002. Development and evaluation of a video program for presentation prior to elective cardiac surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46 (4):415-423.
- Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. 1998. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma - A pilot study. *Cancer*, 82 (10):1904-1908.
- Rotter JB. 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 33 (1):300-303.
- Salmon P. 1992a. Anxiety and stress in surgical patients. *British Journal of Hospital Medicine*, 48 (9):531-&.
- Hrsg. 1992b. Surgery as a psychological stressor: Paradoxical effects of preoperative emotional state on endocrine responses. 3rd ISIS Conference. Padova, Italy: Stress Medicine.
- Salmon P. 1992c. Psychological factors in surgical stress - Implications for management. *Clinical Psychology Review*, 12 (7):681-704.
- Salmon P. 1993. The reduction of anxiety in surgical patients - An important nursing task or the medicalization of preparatory worry. *International Journal of Nursing Studies*, 30 (4):323-330.
- Santos AF, Santos LD, Melo DO, Alves A. 2009. Comparative Study about Preoperative Stress on Patients Attended by the National Health System and Private Health Care Plans. *Psicologia-Reflexao E Critica*, 22 (2):269-276.
- Schacter DL. 2000. The seven sins of memory: Perspectives from functional neuroimaging. In: Tulving E, Hrsg. *Memory, consciousness and the brain*. Philadelphia, PA: Psychological Press,
- Schwandt TA. 2001. *Dictionary of qualitative inquiry*. 2te Aufl. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schwarzer R. 1992. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer R, Hrsg. *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere, 217-242.
- Schwarzer R, Schuez B, Ziegelmann JP, Lippke S, Luszczynska A, Scholz U. 2007. Adoption and maintenance of four health behaviors: Theory-guided longitudinal studies on dental flossing, seat belt use, dietary behavior, and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (2):156-166.
- Scott H. 2009. Data Analysis: Getting conceptual. *The Grounded Theory Review*, 8 (2):89-112.
- Sechrest L, Sidani S. 1995. Quantitative and qualitative methods - Is there an alternative? *Evaluation and Program Planning*, 18 (1):77-87.
- Secker J, Wimbush E, Watson J, Milburn K. 1995. Qualitative methods in health promotion research: some criteria for quality. *Health Education Journal*, 54:74-87.

- Seibler F. 2003. Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim: Juventa.
- Selye H. 1950. The physiology and pathology of exposure to stress. Oxford: Acta Inc.
- Shelley M, Pakenham K. 2007. The effects of preoperative preparation on postoperative outcomes: The moderating role of control appraisals. *Health Psychology*, 26 (2):183-191.
- Spielberger CD. 1972. Anxiety as an emotional state. In: Spielberger CD, Hrsg. *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press, 23-49.
- Sterr M. 2000. Kirche und Kirchlichkeit. *Der Bürger im Staat*, 50 (4):218-225.
- Stige B, Malterud K, Midtgarden T. 2009. Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19 (10):1504-1516.
- Strauss AL, Corbin J. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags-Union.
- Thoits PA, Hohmann AA, Harvey MR, Fletcher B. 2000. Similar-other support for men undergoing coronary artery bypass surgery. *Health Psychology*, 19 (3):264-273.
- Tigges-Limmer K, Schonbrodt M, Roefe D, Arusoglu L, Morshuis M, Gummert JF. 2010. Suicide after ventricular assist device implantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 29 (6):692-694.
- Tolksdorf W (Hrsg.) 1997. *Preoperative stress: Scientific and therapeutical approaches*. Lubecker Spring Symposium on Human Fear and Anxiety before Surgery. Lubeck, Germany: Georg Thieme Verlag.
- Tolksdorf W, Andrianopolos I, Schmollinger U, Ewen T, Berlin J. 1982. The relationship between preoperative emotional states and stress-linked parameters in surgical patients. *Anästhesie Intensivtherapie Notfallmedizin*, 17 (1):21-28.
- Tolksdorf W, Berlin J, Petrakis N, Rey ER, Schmidt R. 1984a. Stress reduction with 6 different i.m. premedications. *Anästhesie Intensivtherapie Notfallmedizin*, 19 (1):1-7.
- Tolksdorf W, Berlin J, Rey ER, Schmidt R, Kollmeier W, Storz W, Ridder T, Schaetzle P. 1984b. Preoperative stress - Investigation of psychological and physiological stress parameters in unpremedicated patients. *Anaesthesist*, 33 (5):212-217.
- Vollmer-Conna U, Bird KD, Yeo BW, Truskett PG, Westbrook RF, Wakefield D. 2009. Psychological factors, immune function and recovery from major surgery. *Acta Neuropsychiatrica*, 21 (4):169-178.
- Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. 1976. Development and validation of Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (4):580-585.
- Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. 1978. Development of multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6 (2):160-170.
- Weinstein ND. 1980. Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (5):806-820.
- Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A. 2010. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery (vol 103, pg 199, 2010). *British Journal of Anaesthesia*, 105 (6):878-878.
- Whitsitt DR. 2010. The relationship between marital quality and coronary artery bypass graft - Surgery as experienced by 3 couples. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 30 (4):246-250.
- Witzel A. 2000. *Das problemzentrierte Interview Forum: Qualitative Sozialforschung*.
- Xie SL. 2009. Striking a balance between Programm Requirements and GT Principles: Writing a compromised GT proposal. *The Grounded Theory Review*, 8 (2):35-48.
- Yalom I. 2002. *Der Panama-Hut: oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. 2te Aufl. München: Btb.
- Zigmond AS, Snaith RP. 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6):361-370.

Anhang

Votum der Ethikkommission

Einladungs- und Aufklärungsschreiben für Patienten

Einverständniserklärung der Patienten

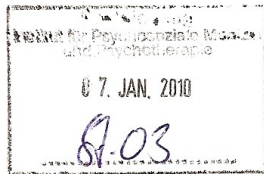
Memos

Lebenslauf

Danksagung

Ehrenwörtliche Erklärung

Anhang 1: Votum der Ethikkommission



Universitätsklinikum Jena - Ethik-Kommission - Postfach - 07740 Jena

Prof. Dr. B. Strauß
Institut für Psychosoziale Medizin
und Psychotherapie



**Universitätsklinikum
Jena**

Ethik-Kommission

Vorsitzende: Prof. Dr. med. Dagmar Barz
Geschäftsstelle: Dr. phil. Ulrike Skorsetz

Bachstraße 18
07743 Jena

Telefon 03641 93 37 70
Telefax 03641 93 37 71

E-Mail: ethikkommission@med.uni-jena.de

6. Januar 2010

Bearbeitungsnummer: 2742-01/10

*Kategorisierung präoperativer Stressoren chirurgischer Patienten
(Patientenbefragung)*

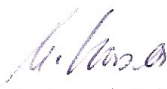
Sehr geehrter Professor Strauß,

hiermit bestätigen wir den Eingang und die Kenntnisnahme der Anzeige der o.
g. Befragungsstudie.

Wir sehen diesbezüglich keine ethischen Bedenken und wünschen Ihnen viel Erfolg.

Bitte reichen Sie uns noch die geplante Befragungsanzahl nach und ergänzen Sie in der
Einverständniserklärung den letzten Satz „... jederzeit ohne Angabe von Gründen *und ohne
Nachteile für die weitere Behandlung* abbrechen.“

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. D. Barz
Vorsitzende der Ethik-Kommission
(i. A. Dr. U. Skorsetz)

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00

Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsstand Jena
Steuernummer 161 / 144 / 02976 · USt-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung:
Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30 · Konto 221

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Kaufmännischer Vorstand
und Sprecher des Klinikumsvorstandes: Rudolf Kruse
Verwaltungsratsvorsitzender: Prof. Dr. Thomas Deufel
Medizinischer Vorstand: Prof. Dr. Klaus Höffken
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf

Anhang 2: Einladungs- und Aufklärungsschreiben für Patienten



**Universitätsklinikum
Jena**

Institut für Psychosoziale
Medizin und
Psychotherapie

**Einladung zur Teilnahme an der
Promotionsstudie zum Thema:**

"Stress im Rahmen chirurgischer Eingriffe"

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß
Stoystraße 3
07743 Jena

Telefon 03641 93 67 00
Telefax 03641 93 65 46
E-Mail: Bernhard.Strauss@med.uni-jena.de

Jena, den 17.12.2009

Liebe Patientin, lieber Patient,

sie sind zu einer geplanten Operation in das Universitätsklinikum Jena aufgenommen worden und sicher gehen ihnen momentan eine Menge Dinge durch den Kopf. Vereinfacht gesagt, möchte ich genau das im Rahmen meiner Doktorarbeit herausfinden. Auch wenn es sehr offensichtlich erscheint: Bisher gibt es keine aktuelle Studie, die herauszufinden versucht, was chirurgische Patienten vor ihrer Operation bewegt und beschäftigt. Ich möchte mit Ihnen vor ihrer Operation ein Gespräch führen und versuchen, diesen Dingen auf den Grund zu gehen. Dabei ist mir eines wichtig: Ihre Meinung. Es wird keinen Fragebogen geben und keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Vielmehr möchte ich aus Ihren Antworten die wichtigen und entscheidenden Aspekte ableiten, die Patienten vor ihrer Operation beschäftigen.

Dazu werde ich mir einige Notizen machen, die allerdings anonymisiert sind, also ihren Namen nicht beinhalten. Wie jeder andere Mitarbeiter auf dieser Station stehe auch ich natürlich unter Schweigepflicht.

Über Ihre Teilnahme würde ich mich sehr freuen. Bitte unterschreiben Sie dafür die beiliegende Einverständniserklärung und geben Sie sie beim Stationspersonal oder bei mir ab. Ich werde mich dann umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen, Ihnen das weitere Vorgehen erläutern und Ihre Fragen beantworten. Im Anschluss werden wir ein ca. einstündiges Gespräch in einer möglichst ruhigen und angenehmen Atmosphäre führen - schließlich haben sie im Moment sicher genügend Stress und Hektik.

Vielen Dank im Voraus für ihre Teilnahme und alles Gute,

Robert Wilhelm

Doktorand des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Bachstraße 18 - 07743 Jena - Telefon 03641 93 00

Internet: www.uniklinikum-jena.de

Gerichtsstand Jena

Steuernummer 161 / 144 / 02978 - USt-IdNr. DE 150545777

Bankverbindung:

Sparkasse Jena - BLZ 830 530 30 - Konto 221

Universitätsklinikum Jena - Körperschaft des öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Kaufmännischer Vorstand

und Sprecher des Klinikumsvorstandes: Rudolf Kruse

Verwaltungsratsvorsitzender: Prof. Dr. Walter Bauer-Waltnegg

Medizinischer Vorstand: Prof. Dr. Klaus Hoffken

Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf

Anhang 3: Einverständniserklärung der Patienten



**Universitätsklinikum
Jena**

**Institut für Psychosoziale
Medizin und
Psychotherapie**

**Einverständniserklärung zur Teilnahme an der
Promotionsstudie zum Thema:**

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß
Stoysstraße 3
07743 Jena

Telefon 03641 93 67 00
Telefax 03641 93 65 46
E-Mail: Bernhard.Strauss@med.uni-jena.de

Jena, den 17.12.2009

"Stress im Rahmen chirurgischer Eingriffe"

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Ich bin über Sinn und Zweck der Studie aufgeklärt worden, meine Fragen dazu konnten umfassend beantwortet werden.

Ich weiß, dass meine Daten anonymisiert und lediglich zu Studienzwecken verwendet werden. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie kann ich jederzeit widerrufen. Ebenso kann ich das Interview jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Nachteile in der weiteren Behandlung abbrechen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00
Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsstand Jena
Steuernummer 161 / 144 / 02978 · USt-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung:
Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30 · Konto 221

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Kaufmännischer Vorstand
und Sprecher des Klinikumsvorstandes: Rudolf Kruse
Verwaltungsratsvorsitzender: Prof. Dr. Walter Bauer-Waltnegg
Medizinischer Vorstand: Prof. Dr. Klaus Höffken
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf

Anhang 4: Memos

Nummerierung (TT.MM.JJ/Nr.)	Nimmt Bezug auf	Titel/ Überschrift	Inhalt	Endgültige Kategorie
220210/1	Interview 1	Art der Krankheit	Die Art der Krankheit hat möglicherweise einen Einfluß auf die herangehensweise der Patienten: Routineeingriffe, die lästig, aber nicht lebensbedrohlich sind, werden anderes wahrgenommen als große, als gefährlich empfundene Ops. Krebs hat eine Sonderstellung? Die Vorgeschichte der Krankheit spielt eine Rolle. Ist sie plötzlich aufgetreten oder schon lange existent? Gab es viele Schmerzen/Beschwerden? Hängt davon ab, wie die OP eingeschätzt wird? Wurde die Patientin vorher ernstgenommen? Beeinflußt es das Verhältnis zu Ärzten? Je nach zugrundeliegender Krankheit kann eine OP sachlich oder emotional angenommen werden.	Beeinträchtigung durch Erkrankung
220210/1	Interview 1	Art der Krankheit	Die Art der Krankheit hat möglicherweise einen Einfluß auf die herangehensweise der Patienten: Routineeingriffe, die lästig, aber nicht lebensbedrohlich sind, werden anderes wahrgenommen als große, als gefährlich empfundene Ops. Krebs hat eine Sonderstellung? Die Vorgeschichte der Krankheit spielt eine Rolle. Ist sie plötzlich aufgetreten oder schon lange existent? Gab es viele Schmerzen/Beschwerden? Hängt davon ab, wie die OP eingeschätzt wird? Wurde die Patientin vorher ernstgenommen? Beeinflußt es das Verhältnis zu Ärzten? Je nach zugrundeliegender Krankheit kann eine OP sachlich oder emotional angenommen werden.	Beeinträchtigung durch OP
220210/1b	Interview 1	Nächstes Interview	- Vorgeschichte der Krankheit: Schmerzen, Beeinträchtigung Wahrnehmung der OP (sachlich/emotional) - Narkose? - Hoffnungen für OP - Stellung im sozialen System: Problemlöser? Annahme von Hilfe?	Vorgehensweise/technische Durchführung der Untersuchung

			<ul style="list-style-type: none"> - Selbstbild - Ärzte? Allg. Umgang mit Krankheit - Kontrolle der eigenen Krankheit? - Lebensinhalt 	
220210/1a	Interview 1	Nächstes Interview	- Kontrolle: Wie reagieren Sie, wenn der Arzt die Kontrolle übernimmt/nicht übernimmt? - Wie paßt Hilfe zu ihnen?	(fremde) Problemlösungskompetenz
220210/1w	Interview 1	Art der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - lebensbedrohlich ja/nein – Gefährlichkeit - Routineeingriff – ungewöhnliche OP - Vorgeschichte lang/kurz, schmerzhaft/ beschwerdefrei - Grad d. Beeinträchtigung stark/kaum - Art d. Beeinträchtigung: funktionell, optisch, Schmerzen 	Beeinträchtigung durch Erkrankung
220210/2	Interview 1	Stellung im sozialen System	<p>Wie ein Patient seine Stellung im sozialen System sieht, hängt von seinem Selbstbild ab. Die Patientin möchte „wieder funktionieren“ – sie will ihre Funktion im sozialen System wahrnehmen. Was gehört zum sozialen System? Hier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familie: Die Patientin muss sie versorgen, ihre Existenz sichern und fühlt sich alleine dafür verantwortlich. - Beruf: Die Patientin ist selbstständig und möchte weiterarbeiten – macht ihr die Arbeit Spaß? <p>Freunde: Die Patientin ist Ansprechpartner für alle anderen und wird mit deren Problemen konfrontiert – ihre eigenen Probleme will sie selbst lösen. Wie ging die Patientin vorher mit eigenen Problemen um? Hat sie sich helfen lassen?</p> <p>Versuch einer Kategorisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beruf: arbeitslos – angestellt – selbstständig - Beruf: Geld - Verpflichtungen - Familie: Kinder – alleinerziehend – Ehe (geschieden) - Familie: Verwandte: Eltern – Geschwister - Familie: Verantwortlicher oder Teilnehmer? - Freunde: Interaktion mit Freunden – Bedeutung für andere – Bedeutung der anderen für einen selbst 	Wahrgenommene Funktion

220210/2	Interview 1	Stellung im sozialen System	<p>Wie ein Patient seine Stellung im sozialen System sieht, hängt von seinem Selbstbild ab. Die Patientin möchte „wieder funktionieren“ – sie will ihre Funktion im sozialen System wahrnehmen. Was gehört zum sozialen System? Hier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familie: Die Patientin muss sie versorgen, ihre Existenz sichern und fühlt sich alleine dafür verantwortlich. - Beruf: Die Patientin ist selbstständig und möchte weiterarbeiten – macht ihr die Arbeit Spaß? Freunde: Die Patientin ist Ansprechpartner für alle anderen und wird mit deren Problemen konfrontiert – ihre eigenen Probleme will sie selbst lösen. Wie ging die Patientin vorher mit eigenen Problemen um? Hat sie sich helfen lassen? <p>Versuch einer Kategorisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beruf: arbeitslos – angestellt – selbstständig - Beruf: Geld - Verpflichtungen - Familie: Kinder – alleinerziehend – Ehe (geschieden) - Familie: Verwandte: Eltern – Geschwister - Familie: Verantwortlicher oder Teilnehmer? - Freunde: Interaktion mit Freunden – Bedeutung für andere – Bedeutung der anderen für einen selbst 	Problemlösungskompetenz: Eigene Problemlösungskompetenz
220210/3	Interview 1	Bestandteile/ Ablauf der OP	Was fürchten die Patienten? Die OP an sich: Verbluten, Verletzung wichtiger Organe, bleibende Schäden. Die Narkose: wieder aufwachen.	Beeinträchtigung durch OP
220210/3w	Interview 1	Bestandteile/ Ablauf der OP	OP an sich Narkose – problemlos – nicht wieder aufwachen	Beeinträchtigung durch OP
220210/4	Interview 1	Folgen der OP/Hoffnung	<p>Welche Folgen hat die OP für Patienten?</p> <p>Gute: Schmerzfreiheit, Wiederherstellung der Funktion</p> <p>Schlechte: bleibende Schmerzen, bleibende Schäden (funktionell und ästhetisch)</p> <p>An die Folgen der OP werden Hoffnungen geknüpft. Was geschieht, wenn diese nicht erfüllt werden? Woher kommen die Hoffnungen? Vorgeschichte d. OP prägt Erwartungen. Ungewißheit über Hoffnung</p>	Abwägen: OP

			kann belasten: Trift es so ein?	
220210/4b	Interview 1	Vertrauen/ Verhältnis zu Ärzten	Vorgeschichte, gute/schlechte Erfahrung	(fremde) Problemlösungskompetenz
220210/4b	Interview 1	Vertrauen/ Verhältnis zu Ärzten	Vorgeschichte, gute/schlechte Erfahrung	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
220210/5	Interview 1	Einstellung zu Hilfe	Wie ging die Patientin vorher mit Problemen um? Hat sie selbst Hilfe für ihre eigenen Probleme angenommen? Sie machte die Erfahrung, immer stark sein zu müssen, weil niemand anderes ihr helfen kann. Niemand kann ihre eigenen Schmerzen nachempfinden. Es muß alles klappen. Kann die Patientin anderen helfen? Sie hört sich meist Probleme anderer an, spielt die Starke, will niemanden mit ihren Problemen belasten. Es bringt ihr keine besondere Befriedigung, aber sie tut es. In der Zeit vor der OP interessierte sie sich kaum für Probleme anderer, aber nutzte sie als Zeitvertreib.	(eigene) Problemlösungskompetenz
220210/5w	Interview 1	Interviewsituation	Zeitrelation zu OP: Minuten - Tage	Abwägen: OP
220210/6	Interview 1	Selbstbild	Ein positives Selbstbild hilft, die Schwierigkeiten zu meistern. Beeinflußt das Selbstbild den Zustand vor der OP? Hilft es im Umgang mit der Angst? Was tragen die Erfahrungen dazu bei? Wie wird das Selbstbild durch die Annahme von Hilfe verändert? Kommt ein Zusammenbruch, wenn Ereignisse nicht ins Selbstbild passen? Gibt es eine Angst davor?	(eigene) Problemlösungskompetenz
220210/7	Interview 1	Einstellung zu Hilfe	Kann es kontraproduktiv sein, Hilfsbedürftigkeit zu äußern? Für sich: Das Selbstbild geht verloren, sie bricht zusammen.	(eigene) Problemlösungskompetenz
220210/8	Interview 1	Glaube	Woran glauben Patienten und was hilft ihnen das bei der Verarbeitung? Die Patientin glaubt an eigene Vorstellungen und ist nicht konfessionell gebunden. Glaubte sie an ihr Selbstbild?	(eigene) Problemlösungskompetenz
220210/9	Interview 1	Einordnung d. OP in Lebenssituation	Probleme können als Chance gesehen werden: nach der OP kann jeder moment bewußt genossen werden. Was bedingt die Fähigkeit, Ops als Chance zu sehen? Vorgeschichte der Krankheit? Vorgeschichte anderer	Einordnung der OP in die Lebenssituation

			Krankheiten?	
220210/10	Interview 1	Verhältnis zu Ärzten/Vertrauen	Die Vorgeschichte prägt das Verhältnis zu Ärzten und das ihnen entgegengebrachte Vertrauen. Außerdem der persönliche Eindruck.	(fremde) Problemlösungskompetenz
220210/11	Interview 1	Eigeninitiative	Patienten gehen selbst auf die Suche, wenn Ärzte nichts finden. Das beeinflusst evtl. ihr Verhältnis zu Ärzten? Welche Folge hat ein Erfolgserlebnis für Patienten? Kontrollgewinn/-verlust? Wollen Patienten die Kontrolle über ihr Schicksal haben oder sie abgeben? Wirkt sich die Erfüllung des jeweiligen Bedürfnis auf Angst/Streß aus?	(eigene) Problemlösungskompetenz
220210/12	Interview 1	Lebensinhalt	Der Lebensinhalt kann alles und nichts sein. Subkategorie der Stellung im sozialen System (220210/2) können Lebensinhalte sein? Hat dieser Auswirkung auf die Angst vor der OP? Kann Kontrolle eines Bereiches (Kinder) Lebensinhalt sein? Kann Glaube Lebensinhalt sein?	Wahrgenommene Funktion
220210/13	Interview 1	Biographie	Die Biographie ist eng mit der Stellung im sozialen System verknüpft. Krankheitsgeschichte ist Teil der Biographie. Die Biographie schreibt eine Rolle vor, die einen Umgang mit Krankheit erwartet – „starke große Tochter“.	(eigene) Problemlösungskompetenz
220210/13	Interview 1	Biographie	Die Biographie ist eng mit der Stellung im sozialen System verknüpft. Krankheitsgeschichte ist Teil der Biographie. Die Biographie schreibt eine Rolle vor, die einen Umgang mit Krankheit erwartet – „starke große Tochter“.	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
220210/14	Interview 1	Stellung im sozialen System	Das soziale System gibt den Umgang mit Ops vor: Wer funktionieren muß, keine Zeit für Angst hat, muß sachlicher mit Ops umgehen.	(eigene) Problemlösungskompetenz
220210/15	Interview 1	Interviewsituation	Beeinflusst die Situation der Patienten das, was sie empfinden und sagen? Gibt es Ängste, die schon länger bestehen? Können sie unterdrückt werden? Gibt es Ängste, die erst unmittelbar vor der OP	Beeinträchtigung durch OP

			entstehen? Können diese gerichtet/spezifisch sein? Es ist unwahrscheinlich, daß sie den OP-Ablauf betreffen – oder? Existiert ein Verdrängungsmechanismus, der unmittelbar vor der Bedrohung kapituliert? Frau M. war unmittelbar davor, aber konnte ihre Angst begrenzen und ihr Selbstbild aufrechterhalten.	
220210/16	Interview 2	Folgen d. OP/Hoffnung 2	Eine Folge der OP kann eine notwendige Reoperation sein. Wann wird das von Patienten toleriert? „Dann muß ich eben nochmal.“ - wenn OP keine sonstige Beeinträchtigung zeigt? - wenn Trennung von zuhause kein Problem ist	Beeinträchtigung durch OP
220210/17	Interview 2	Verhältnis zu Ärzten/Vertrauen	Manche Patienten überlassen den Ärzten die Kontrolle über die Behandlung und wollen sie selbst nicht haben. „Ich bin Laie“. Ergibt es weniger Angst/Streß, wenn Ärzte das annehmen?	(fremde) Problemlösungskompetenz
220210/18	Interview 2	Kontrolle/ Selbsteinschätzung/Eigeninitiative	Wie fasse ich die Überschriften zu einer zusammen? Patienten schätzen ein, wie viel oder wenig sie von Medizin verstehen und wieviel sie selbst tun können. Daraus resultiert ein Bedürfnis, den beeinflussbaren Teil selbst zu kontrollieren bzw. unabhängig von den Ärzten nach Ursachen zu suchen. Selbstbestimmtheit/Selbstbestimmung/Selbstbewußtheit? Gibt es eine Diskrepanz zwischen dem, was sie für ihr Schicksal tun können und wollen? Macht diese Diskrepanz Angst?	(eigene) Problemlösungskompetenz
220210/19	Interview 2	Stellung im sozialen System - Familie	Familie kann als ein positiver, unterstützender Faktor wirken. Familie kann auch als Belastung wirken, wenn sie so eingeschätzt wird, daß sie nicht helfen kann, sondern vor dem eigenen Problem geschützt werden muss. Ist das abhängig vom Selbstbild?	Abwägen: OP
220210/19	Interview 2	Stellung im sozialen System - Familie	Familie kann als ein positiver, unterstützender Faktor wirken. Familie kann auch als Belastung wirken, wenn sie so eingeschätzt wird, daß sie nicht helfen kann, sondern vor dem eigenen Problem geschützt werden muss. Ist das abhängig vom Selbstbild?	Wahrgenommene Funktion

220210/20	Interview 1, 2	Selbstbild	Das Selbstbild integriert soziale Faktoren in die eigene Persönlichkeit. Erzeugt es zwangsläufig Angst, wenn die Familie im Selbstbild als schützenswert integriert ist? Oder kommt Angst erst dann, wenn (nach Abwägen) absehbar ist, daß die Familie nicht geschützt werden kann? Also eine Dissonanz vorliegt?	Abwägen: OP
220210/21	Interview 2	Lebensinhalt	Wirkt sich die OP auf den Lebensinhalt aus? Auf Dinge, die man gerne tut, für die man lebt. Wenn die Gefahr groß scheint, dies danach nicht mehr tun zu können, vergrößert sich dann die Angst? Begrenzen die Ansprüche an das Leben/Zukunft die Angst vor den Folgen einer OP?	Abwägen: OP
230210/1	Interview 3	Art der Krankheit - Bedrohlichkeit	Eine Krankheit kann auch potentiell bedrohlich sein. Man weiß nicht, ob was gefährliches (Tumor) draus wird oder nicht. Es entsteht Ungewißheit. Hat man dann Kontrollbedürfnis?	Beeinträchtigung durch Erkrankung
230210/1b	Interview 3	Nächstes Interview	<ul style="list-style-type: none"> - Hatten sie die Wahl? - Wie war die Entscheidung? - Hatten Sie Bedenkzeit? 	Vorgehensweise/technische Durchführung der Untersuchung
230210/1w	Interview 3	Art der Krankheit	Bedrohlichkeit: nicht/potentiell/ja	Beeinträchtigung durch Erkrankung
230210/2a	Interview 3	Ärztliche Anweisungen	Ärztliche Anweisungen/Empfehlungen werden im Rahmen des Vertrauens zum Arzt entgegengenommen. Gelingt es dem Arzt, das Vertrauen zu gewinnen und den Patienten zu beruhigen/von der Notwendigkeit einer OP zu überzeugen, wird der Patient entsprechend dem ärztlichen Rat handeln. Die Anweisung muß in die aktuelle Situation des Patienten passen: Es darf nicht familiäres, persönliches, berufliches dagegenstehen. Je mehr der Patient dem Arzt vertraut, umso eher gibt er vielleicht seinem Rat nach – wenn er das Beste für sich will Frage der Persönlichkeit?	Abwägen
230210/2b	Interview 3	Ärztliche Anweisungen	Vertrauen in Arzt – andere Kategorie? Ärztliche Anweisungen: befolgt/nicht befolgt	(fremde) Problemlösungskompetenz

			Paßfähigkeit in Situation der Patienten	
230210/3	Interview 3+4	Nächstes Interview	- Ehrlichkeit des Arztes? (Selbsteinschätzung „Ich kann es nicht“) - im Falle negativer Vorerfahrung: warum trotzdem Vertrauen zu den Ärzten?	(fremde) Problemlösungskompetenz
230210/3a	Interview 3	OP-Folge – Stellung im soz. System - Abwägen	Die Folge der OP und die Stellung im soz. Sys. Sind manchmal miteinander verknüpft: Eine Verkäuferin kann mit Stimmbandlähmung kaum arbeiten. Krankheit /OP - verbessert/verschlechtert: Familie, Beruf, Umwelt/Freunde/Hobbys OP heilt/verschlechtert/hat keine Auswirkung auf Krankheit Was sich schwerer auf die Stellung im soz. System auswirkt, bekommt Vorrang. Eine Krankheit kann tolerabler sein als die Folgen einer OP - es wird abgewogen	Abwägen: OP
230210/3w	Interview 3	Abwägen	Folgen der Krankheit – Folgen der OP – Auswirkung auf die Stellung im soz. System	Abwägen: OP
230210/4	Interview 3	Selbstbild	- Erwartungen an mich selbst - Einstellung zu Hilfe - Funktionen im sozialen System - Lebensinhalt - Vorgeschichte	(eigene) Problemlösungskompetenz
230210/4a	Interview 3	Selbstbild 2	Die Tatsache, nicht gegen das eigene Selbstbild zu verstoßen (Kollegen nicht alleine lassen) wirkt sich positiv auf die Entscheidung zur OP aus – keine Dissonanz. Einstellung zu Hilfe ist Teil des Selbstbildes (Verpflichtung). Wenn ich hier bin, verstoße ich nicht gegen meine Prinzipien/handele ich in Einklag mit meinen Erwartungen an mich selbst – kann meine Funktion/ Stellung im sozialen System erfüllen.	Abwägen: OP
230210/4a	Interview 3	Selbstbild 2	Die Tatsache, nicht gegen das eigene Selbstbild zu verstoßen (Kollegen nicht alleine lassen) wirkt sich positiv auf die Entscheidung zur OP aus – keine	Wahrgenommene Funktion

			Dissonanz. Einstellung zu Hilfe ist Teil des Selbstbildes (Verpflichtung). Wenn ich hier bin, verstoße ich nicht gegen meine Prinzipien/handele ich in Einklag mit meinen Erwartungen an mich selbst – kann meine Funktion/ Stellung im sozialen System erfüllen.	
230210/5a	Interview 3	Einstellung zu Hilfe	Beeinflußt die Einstellung zu Hilfe das Vertrauen in die Ärzte? Gehört das Vertrauen in die Ärzte zum Selbstbild als Eigenschaft der Einstellung zu Hilfe? Beeinflußt quasi das Selbstbild das Vertrauen zu Ärzten?	(fremde) Problemlösungskompetenz
230210/5b	Interview 3	Bestandteile der OP/Ablauf	Ambulant – stationär – nicht absehbar	Einordnung der OP in die Lebenssituation
230210/6	Interview 3	Vertrauen	Die Vorgeschichte wirkt sich auf die Bereitschaft aus, Ärzten Vertrauen entgegenzubringen. Auch unfreundliche Schwestern? Woraus resultiert das Verlangen nach Zuwendung? Ist es immer da? Wird es stärker oder schwächer in Abhängigkeit von den Handlungen des Personals?	(fremde) Problemlösungskompetenz
230210/6w	Interview 4	Art der Krankheit	Prognose: gut – schlecht – unklar Therapie/Krankheitsverlauf: klar - unklar	Beeinträchtigung durch Erkrankung
230210/7	Interview 3	Vertrauen in Ärzte	Woher kommt das Arzt-Bild? Warum die Überzeugung, daß Ärzte das tun können? Bei Eigeninitiative: Warum wird das Vertrauen in Ärzte nicht erschüttert? Patienten können Fachwissen auf eigenem Gebiet haben - Übertragung auf Ärzte	(fremde) Problemlösungskompetenz
230210/8	Interview 3	Selbstbild - Selbsteinschätzung	Selbsteinschätzung – Fähigkeit zur Problemlösung Das Selbstbild bestimmt, welche Probleme man sich selbst zutraut und welche nicht – wird das vom Vertrauen in Ärzte beeinflusst?	(eigene) Problemlösungskompetenz
230210/9	Interview 3	Verhältnis zum Personal	Dazu gehören: - Vorerfahrungen - allg. Vertrauen in Ärzte - aktuelle Umgebung	(fremde) Problemlösungskompetenz

			Wird es vom Selbstbild beeinflusst?	
230210/10	Interview 3	Biographie - Selbstbild	Die pers. Biographie beeinflusst das Selbstbild? ODER Das Selbstbild integriert die Vorgeschichte. Das würde die Verknüpfung zwischen Biographie und Stellung im sozialen System erklären. Beides gehört zum Selbstbild. Die Biographie schreibt vielleicht den Umgang mit Krankheit nicht vor, sondern beeinflusst das Selbstbild entsprechend – erzeugt Erwartungshaltung an sich und andere.	(eigene) Problemlösungskompetenz
230210/11	Interview 3	Ziele	Ein Ziel vor Augen haben: nach Hause gehen Hilft das bei der Bewältigung von Schicksalsschlägen wie Ops? Gehört es zum Selbstbild, ein Ziel zu haben oder haben zu müssen? Ziellosigkeit also ein Stressor? Die Folge der OP kann auch ein Ziel sein: Schmerzlosigkeit, keine Beeinträchtigung mehr. Wird OP als Mittel zum Zweck (Zweck: Schmerz/Beeinträchtigung weg) oder als notwendiges Übel (Verhütung von anderen Krankheiten) gesehen? Hängt mit der Art der Erkrankung zusammen - über Einordnung in die Lebenssituation wird das Selbstbild beeinflusst/Selbstbild beeinflusst Einordnung in Lebenssituation bzw. Einordnung als Chance oder Hinzunehmendes	Abwägen
230210/12	Interview 3	Einordnung von OPs	Es ist ein Unterschied ob eine OP als Möglichkeit zur Weiterentwicklung gesehen oder einfach so hingenommen wird. Die Vorerkrankungen beeinflussen das Selbstbild, das wiederum die Einordnung von Ops beeinflusst. Je nach dem – Annahme oder Hinnahme – wird auch die Betrachtung des Ziels verändert. Hat das Auswirkungen auf den Streß? Wohl nicht. Es kommt vielleicht darauf an, ob es eine Dissonanz mit dem bisherigen Selbstbild gibt.	Einordnung der OP in die Lebenssituation
230210/13	Interview 3	Stellung im sozialen System - Familie	Wer gewohnt ist, Probleme mit der Familie zu besprechen, empfindet das Mitwissen der Familie	(fremde) Problemlösungskompetenz

			vielleicht als weniger belasten, eher fördernd. Eine Mitwirkung der Familie entlastet bei der Sorge um die Familie? Vielleicht erst recht, wenn die Familie selbstständig ist/als selbstständig wahrgenommen wird, keine Versorgerfunktion wahrgenommen werden muß	
230210/14	Interview 4	Prognose	Es gibt Krankheiten, in denen das therapeutische Vorgehen unklar ist. Niemand weiß, wie es weitergeht. Der Patient ist Ungewißheit ausgesetzt. Er weiß nicht, wie es weitergeht. Es gibt keine Wahlmöglichkeit, nur warten. Kann das in irgendein Selbstbild passen? Braucht der Patient ein Ziel vor Augen? Kommt es auf das Selbstbild an, wie Ungewißheit zu ertragen ist?	Beeinträchtigung durch Erkrankung
230210/15	Interview 4	Selbsteinschätzung des Arztes	Auch Ärzte schätzen ihre Fähigkeiten ein, wägen ab. Was macht das mit den Patienten? Braucht er Ehrlichkeit oder vermittelte Sicherheit?	(fremde) Problemlösungskompetenz
230210/16	Interview 4	Verpflichtung im sozialen System/ Erwartung an sich selbst	Die Stellung im sozialen System (Familie, Freunde, Beruf, Hobby) ruft Verpflichtungen hervor, die das Selbstbild prägen, aber auch durch das Selbstbild verstärkt/begünstigt werden. Die Biographie beeinflusst die Verpflichtungen. Die Einstellung zu Hilfe beeinflusst die Verpflichtungen im sozialen System.	Wahrgenommene Funktion
230210/17	Interview 4	Selbstbild – Einstellung zu Hilfe	Bei anderen Leuten wird eingeschätzt/abgewogen, ob sie helfen können. Die Einschätzung hängt von deren Situationen, den Vorerfahrungen, dem Selbstbild ab – von der eigenen Ausbildung/ Fähigkeit zu helfen. Fällt die Einschätzung negativ aus, kann Hilfe nicht angenommen werden.	Abwägen
230210/18	Interview 4	Arbeitslosigkeit – Stellung im sozialen System - Beruf	Angst vor Arbeitslosigkeit als Grund, nicht zum Arzt zu gehen. Kann jemand mit solcher Vorerfahrung überhaupt ohne Angst operiert werden?	Wahrgenommene Funktion
230210/18	Interview 4	Arbeitslosigkeit – Stellung im sozialen System - Beruf	Angst vor Arbeitslosigkeit als Grund, nicht zum Arzt zu gehen. Kann jemand mit solcher Vorerfahrung überhaupt ohne Angst operiert werden?	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen

230210/19	Interview 4	Abwägen	Patienten wägen ab, was sie selbst tun können. Den Rest geben sie an Ärzte ab. Erzwingt das Vertrauen? Oder benötigt es erst ein gewisses Maß davon?	(eigene) Problemlösungskompetenz
230210/19	Interview 4	Abwägen	Patienten wägen ab, was sie selbst tun können. Den Rest geben sie an Ärzte ab. Erzwingt das Vertrauen? Oder benötigt es erst ein gewisses Maß davon?	Abwägen
230210/20	Interview 4	Selbstmachbarkeit	Gehört zum Selbstbild, kann auch als Eigeninitiative bezeichnet werden oder als Freude, eigene Leistung zu vollbringen. Eng verwandt: Selbstverwirklichung: Was kann ich aus mir machen? Wo bringe ich meine Fähigkeiten am besten ein?	(eigene) Problemlösungskompetenz
240210/1	Interview 5	Zeitpunkt d. Interview	Ich verzichte darauf, mich mit den Patienten zu unterhalten, wenn sie gerade erst angekommen sind. Warum? Privatsphäre, Zeitdruck, Informationen durch Ärzte. Ändert das ihre Einstellung zur OP? Werden sie aufgeregter oder ruhiger, wenn sie eine Weile da sind? Ist das überhaupt relevant, wenn ich Patienten vor ihrer OP befragen will? Hat es Auswirkung auf die ärztliche Behandlung?	Abwägen
240210/1w	Interview 1-4	Die reine Angst	-OP überleben: Komplikationen -Narkose aufwachen	Beeinträchtigung durch OP
240210/2g	Interview 1-4	Probandenauswahl	Patienten mit chronischen Krankheiten, die öfter operiert werden müssen.	Problemlösungskompetenz
240210/2g	Interview 1-4	Probandenauswahl	Patienten mit chronischen Krankheiten, die öfter operiert werden müssen.	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
240210/2	Interview 4	Statussymbole/ Stellung im sozialen System	Statussymbol Haus?	Wahrgenommene Funktion
240210/2a	Interview 1-4	Angst	Procedere: Ich gehe nochmal durch die Mitschriften. Ich markiere alle incidents, wo Angst wirklich deutlich wird. Damit versuche ich, beim Thema (on track) zu bleiben. Vielleicht eine Zweiteilung: direkte Angst angsterzeugende/-verstärkende Faktoren	Vorgehensweise/technische Durchführung der Untersuchung

240210/3	Interview 3	Aufenthaltsdauer	Das Ziel vor Augen, an einem bestimmten Datum nach Hause zu kommen. Impliziert das die Angst, länger im Krankenhaus bleiben zu müssen? Wie wird dem entgegengewirkt?	Beeinträchtigung durch OP
240210/4	Interview 4	Statussymbole	Zeigen die Stellung um sozialen System an, gehören zumindest dazu. Aus ihnen erwächst Wunsch und Verpflichtung, sie zu halten, was sich im Selbstbild niederschlägt.	Wahrgenommene Funktion
240210/4a	Interview 1-4	Selbstbild	Wie sehen sich die Patienten selbst? Welche Verpflichtungen, Erwartungen an sich selbst haben sie? In welchem Maße nehmen sie dafür Hilfe an? Paßt das alles zur OP-Situation? Lässt sich die OP in ihre Erwartungen an ihr Leben einfügen? Oder werden sie mit einer neuen Situation konfrontiert? Ihre Vorerfahrungen prägen das Maß, in dem sie Hilfe annehmen, sorgen damit für die Integration von Situationen mit Hilfsbedürftigkeit in ihr Selbstbild. Nehmen Patienten mit chronischen Krankheiten Ops anders wahr? Können sie das besser in ihr Leben integrieren, weil sie es gewohnt sind, Hilfe anzunehmen/ die Erwartungen an sich auf die Krankheit zugeschnitten sind?	Abwägen: PLK
240210/5	Interview 1-4	Kategorisierung	Ich muß nicht alles subkategorisieren: Einstellung zur Hilfe (aktuell) – Vorerfahrung (früher) stehen in Beziehung, sind aber einander nicht untergeordnet?	(eigene) Problemlösungskompetenz
240210/6	Interview 5	Vorgeschichte/ Art der Krankheit	Die Feststellung, daß es kein Tumor ist, war wie eine Erlösung für den Patienten. Beeinflußt das die Angst vor der kleineren OP – je furchtbarer vorher, desto erleichterter/gelassener danach?	Beeinträchtigung durch Erkrankung
240210/7	Interview 5	Selbstbild	Im Selbstbild gibt es einen Unterschied zwischen: Ich kann alles bewältigen durch meine Anstrengung/meine Leistung Ich kann mich an verschiedene Situationen anpassen Passe ich mich der Umwelt an oder passe ich die Umwelt mir an? Anpassungsfähigkeit?	(eigene) Problemlösungskompetenz
240210/8	Interview 5	Selbstbild	Das Selbstbild hat auch Erwartungen an andere/an	(fremde) Problemlösungskompetenz

			die Umwelt, die von der eigenen Vorgeschichte geprägt werden beeinflussen Umgang mit der OP-Situation	
250210/1	Interview 3	Ungewißheit	Die Einordnung/Bewertung von Problem/Krankheit/OP erfordert eine Gewißheit darüber. Wenn es das nicht gibt, entsteht Unsicherheit, Angst?/Streß?	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
250210/2 260210	Interview 3, 7		Was ist, wenn der Prozeß des Abwägens der Risiken/Möglichkeiten aus Zeitgründen nicht beendet werden kann? Oder wenn das Abwägen zu keinem eindeutigen Ergebnis kam? Ergänzung 260210: Wenn die Krankheit sofortiges Handeln erfordert, der Patient sich in eine Situation hineingestoßen fühlt.	Abwägen
260210/1a	Interview 3	Differenzieren	Auch bei negativen Erfahrungen mit einer ärztlichen Behandlung gelingt es, zu anderen Ärzten Vertrauen zu fassen weil die eigene Hilflosigkeit erlebt wird? Die Fähigkeit der anderen zu helfen wird immer noch als höher eingeschätzt als das eigene Vermögen.	Abwägen
260210/1b	Interview 7	Nächstes Interview	Wäre es ihnen lieber gewesen, die Ärzte hätten ihnen nicht gesagt, was es ist?	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
260210/2	Interview 1, 3, 7	Sicherheit	Wenn man ein Ziel vor Augen hat, ermöglicht es das Abwägen, ob sich das alles lohnt. Bei Ungewißheit ist dieses Abwägen nicht möglich. ist Ehrlichkeit besser als Unsicherheit? Bei Ungewißheit über den weiteren Verlauf gibt es nichts, auf das man sich einstellen kann.	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
260210/3	Interview 4	Erfahrung von Hilflosigkeit	- Ausgeliefertsein - wo läßt sich das einordnen – Selbstständigkeit/Selbstbestimmung? - Das Maß der erforderlichen Selbstbestimmung ist eine Erwartung an sich selbst, die durch die Biographie/Selbsteinschätzung geprägt wird	(eigene) Problemlösungskompetenz
260210/4a	Interview 4	Erwartungen an andere	Beeinflußt die Einschätzung, ob sie helfen können	(fremde) Problemlösungskompetenz
260210/4b	Interview 4	Erwartung an sich	Beeinflußt die Einschätzung, Probleme selbst lösen	(eigene) Problemlösungskompetenz

			zu können.	
260210/5	Interview 4	Risiken	Neben den Risiken der OP an sich gibt es auch soziale Risiken, die mit der OP verbunden sind und auch mit sonstigen Problemlösungsmöglichkeiten. Arbeitsplatzverlust	Beeinträchtigung durch OP
260210/6	Interview 5	Abwägen	Das Erlebnis einer großen Bedrohung – real oder potentiell – beeinflusst die Bewertung nachfolgender Bedrohungen (OP) -fließt in das Abwägen mit ein Das eigentliche Problem: Umgang mit Problemen - Selbstbild als Einflußfaktor (trivial??) „Rolle des Selbstbildes beim Abwägen“ (auch die möglichen Verluste werden abgewogen) Das Zurateziehen früher Situationen ist eine Einordnung der OP in die Lebenssituation	Abwägen
260210/7	Interview 5		Auch die Erwartung an andere (Ärzte, Krankenhaus generell, Familie) werden aus der Biografie gespeist und fließen in die Bewertung d. Hilfsfähigkeit mit ein. Wie können andere sich selbst helfen?	(fremde) Problemlösungskompetenz
260210/8	Interview 6	Wissen um die Krankheit	Das Wissen um die Krankheit/allgemein geht auf Eigeninitiative zurück. Es wirkt sich auf die Auswahl des anzunehmenden Hilfsangebotes aus. - bildet die subjektive Krankheitsvorstellung, die richtig oder falsch sein kann, sich aber in jedem Fall auf die Auswahl der Hilfe auswirkt. Wenn das zusammenpaßt, wird evtl. die Angst reduziert. Aus dem Wissen heraus entsteht ein Bedarf an der Mitwirkung, der in seinem Ausmaß variieren kann. Der Bedarf an Wissen entsteht aus: 1. der Einstellung zur Hilfe. Die Einstellung aus Erfahrung und der Erwartung an sich und andere. 2. Der Erwartung an sich selbst/Bedürfnis nach Selbstständigkeit/Kontrolle	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
260210/9	Interview 6	Selbstständigkeit/ Kontrolle	- möglicherweise sollte Selbstständigkeit eher „Kontrollbedürfnis“ heißen - das Kontrollbedürfnis wird aus den eingesetzten Fähigkeiten gespeist - Eigeninitiative = Selbstständigkeit aber	(eigene) Problemlösungskompetenz

			Eigeninitiative nicht = Kontrolle? Aber: Kontrolle erfordert Eigeninitiative	
260210/10	Interview 6	Einschätzung der Hilfsfähigkeit	Wenn andere als fähig zu helfen eingeschätzt werden, sollte man alles tun, damit sie es tun können Abwägen des eigenen Beitrags - Form der Kontrolle Der Abwägeprozess geht auch während der Behandlung weiter: Risiken/Beschwerden - Hilfsfähigkeit	(fremde) Problemlösungskompetenz
260210/10	Interview 6	Einschätzung der Hilfsfähigkeit	Wenn andere als fähig zu helfen eingeschätzt werden, sollte man alles tun, damit sie es tun können - Abwägen des eigenen Beitrags - Form der Kontrolle Der Abwägeprozess geht auch während der Behandlung weiter: Risiken/Beschwerden - Hilfsfähigkeit	Abwägen
010310/1	Interview 7	Art der Krankheit	Die Art der Krankheit ist den Leuten insofern egal, als sie nichts über die Prognose aussagt. „Art“ dient maximal als Überschrift, nicht als Eigenschaft. Entsprechend ist die Dauer der Krankheit an sich egal, was zählt sind die Beschwerden (ihre Dauer). Dabei heißen keine Beschwerden nicht, daß sie nicht existiert.	Beeinträchtigung durch Erkrankung
010310/2	Interview 7	Kontrolle	Heißt nicht, alles selbst beeinflussen zu können. Es heißt auch, Abwägen zu können, sich gezielt der Behandlung auszuliefern, mit Blick auf ein Ergebnis. Keine Kontrolle heißt, nicht die Möglichkeit des Abwägens zu haben und somit zu einer Variante gezwungen sein zu müssen. Worin unterscheidet sich dann Kontrolle von Selbstständigkeit? Eigeninitiative? Eigeninitiative als Subkategorie von Kontrolle?	Abwägen
010310/2b	Interview 1-8	Ziel der Untersuchung	Ich will nicht das ganze Leben der Patienten psychoanalytisch untersuchen und alle ihre Handlungen erklären. Ich will wissen, was ihre Hauptsorge vor einer OP ist und wie sie damit umgehen. Es scheint etwas zu tun zu haben mit dem Bedürfnis nach Kontrolle ihrer Möglichkeiten. Dabei	Abwägen

			geschieht ein ständiges Abwägen zwischen ihren und anderen Möglichkeiten.	
020310/1	Interview 9	Abwägen	Der Patient hatte eine ganze Reihe von Vor-Ops mit der Erfahrung, daß seine Beschwerden dann nicht besser, sondern schlechter wurden. Jedesmal fühlte er sich schwach, nahm ab und konnte das Wasser nicht mehr halten. Diese Vorerfahrung spielt in das Abwägen der Sinnhaftigkeit von Ops hinein, was in den Wunsch gipfelt, nicht mehr operiert zu werden. Die Zuspitzung der Nicht-Besserung: Suizidwunsch	Abwägen: OP
020310/1	Interview 9	Abwägen	Der Patient hatte eine ganze Reihe von Vor-Ops mit der Erfahrung, daß seine Beschwerden dann nicht besser, sondern schlechter wurden. Jedesmal fühlte er sich schwach, nahm ab und konnte das Wasser nicht mehr halten. Diese Vorerfahrung spielt in das Abwägen der Sinnhaftigkeit von Ops hinein, was in den Wunsch gipfelt, nicht mehr operiert zu werden. Die Zuspitzung der Nicht-Besserung: Suizidwunsch	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
030310/1	Interview 10	Abwägen-Typen	Risiko/Beeinträchtigung durch Krankheit bzw. OP: 1.: OP- / Krankheit+ 2.: OP+ / Krankheit+ 3.: OP+ / Krankheit- 4.: OP- / Krankheit- (kommt nicht vor?) Wenn sich Abwägen als Kernkategorie herausstellt, müssen Bedingungen/Definitionen/Einflüsse für +/- geklärt werden	Abwägen: OP
030310/2	Interview 12	Wissen über Krankheit	..und subjektive Krankheitsvorstellung sind eins. Davon abzugrenzen ist die Gewißheit/Ungewißheit, was geschehen wird. Zwar wird diese durch das Wissen über Krankheit beeinflusst, entwickelt aber eine eigene Dynamik	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
030310/3	Intervi 11	Demenz/ mangelnde intellektuelle Fähigkeit	Wenn der Patient gar nicht weiß, worum es geht und alles wieder vergißt/gar nicht erst aufnimmt, findet ein Prozeß des Abwägens nicht statt. Gibt es ein Bedürfnis/eine Ursache, die zum Abwägen führt? Die Wahrnehmung der Risiken muß vorhanden sein.	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen

030310/4	Interview 1-13	Abwägen als Prozeß	Mit 2 Stufen: Selbstbild/Wissen/Risiken + Entscheidungsfindung Einstellung zu Hilfe Entscheidungsfindung: nicht entschieden neue Entscheidungsfindung	Abwägen
030310/5	Interview 12	Kontrollbedürfnis	Je höher das Kontrollbedürfnis, umso schwerer wiegt Ungewißheit. Vielleicht ist Kontrollbedürfnis eher: Sicherheitsbedürfnis. Sicherheit kann aus mehreren Quellen, inklusive eigenen, gewonnen werden. Die Quellen werden abgewogen. Das Sicherheitsbedürfnis entsteht in Abhängigkeit der zu erwartenden Konsequenz: Tod – Funktionsverlust (abgestuft: -einbußen) – keine Vielleicht auch: Planbarkeit Einschätzung der Fähigkeiten: Einfluß auf Planung, zumindest der Wille dazu.	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
030310/6	Interview 10	Interviewsituation	Ist ohne großen Einfluss auf die Angst, wenn der Prozeß des Abwägens beendet ist. Beeinflusst die Angstkategorien und ihre Wichtung nicht. Verstärkt evtl. vorhandene Angst (nicht sicher).	Abwägen
030310/7	Interview 13	Hilfsfähigkeit	Aus der Einschätzung der Hilfsfähigkeit anderer resultiert ein Gefühl der Verpflichtung, das Einfluß auf das Abwägen hat.	(fremde) Problemlösungskompetenz
030310/8	Interview 1-13	Selbst-Einschätzung der eigenen Möglichkeiten	- in Abhängigkeit von der Erkrankung - Gelingt es, das Leben so einzurichten, daß die Möglichkeiten genutzt werden, die Verpflichtungen zu erfüllen – den Lebensinhalt zu behalten?	(eigene) Problemlösungskompetenz
030310/9	Interview 12	OP-Komplikation	Die Möglichkeit/Fähigkeit aktueller Problembewältigung wird auf OP-Komplikationen angewendet.	(eigene) Problemlösungskompetenz
030310/9a	Interview 12	Abwägen	Die Prognose beeinträchtigt das Abwägen, wirft sich bei Möglichkeiten der OP in die Waagschale. Auch die eigenen Fähigkeiten spielen eine Rolle. Die Möglichkeit/Fähigkeit aktueller Problembewältigung wird auf OP-Komplikation angewendet	Abwägen

030310/10	Interview 1-13	Kontrolle/Selbst-einschätzung	<p>Was als über die eigenen Fähigkeiten hinausgehend <u>eingeschätzt</u> wird, bedarf externer Betreuung. Das bedeutet nicht die vollständige Abgabe aller Zuständigkeiten, sondern verlangt ständiges Prüfen (Informationsfluß an Patient), ob das eigene Vermögen ausreicht. Werden die eigenen Fähigkeiten als von vorneherein mangelhaft eingeschätzt, entfällt dies. Das ist abzugrenzen von der Sicherheit/Gewißheit, die zum Abwägen nötig/ Vorraussetzung ist.</p> <p>Interviews:</p> <p>1: „selbst Diagnose gestellt“ 2: „nehme es hin“, „Vertrauen zu Ärzten“ 3: „lasse nicht locker“, „befolge Anweisungen“ 5: „Fachmänner, so wie ich Fachmann bin“ 6: „über Killerkeim informiert“, „lege viel Wert auf Selbstständigkeit“, „von selbst aktiv geworden“ 7: „fühle mich ausgeliefert“, „hilflos“, „klarer Fahrplan“ 8: „keiner sagt, was mit einem ist“ 9: „einer sagt so, der andere so“, „Kur abgebrochen“, „sie machen es ja trotzdem“ 12: „Jena im Internet rausgesucht“, „wissen, wie es weitergeht“ 13: „Chemo abgebrochen“, „an Entscheidungen beteiligt sein“</p>	(eigene) Problemlösungskompetenz
040310/1	Interview 1-13	Hoffnung	Als eine Form des Abwägens oder ein Inhalt, über den abgewogen wird ist keine Kategorie, ebenso wie das Ziel keine ist, sondern etwas, das abgewogen wird oder eine Bedingung, unter der eine Entscheidung getroffen wird (Vorraussetzung)	Abwägen
040310/2	Memo 030310/10	Gewißheit	Auch als Voraussetzung zum Einschätzen der eigenen Fähigkeiten, als Voraussetzung zum Abwägen der Möglichkeiten (als Voraussetzung der Annahme von Hilfe)	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
040310/3	Interview 1	Erwartung an andere	Die Erwartung an andere, gespeist aus Erfahrung, fließt in die Einschätzung der Hilfsfähigkeit mit ein	(fremde) Problemlösungskompetenz

040310/3	Interview 1	Erwartung an andere	Die Erwartung an andere, gespeist aus Erfahrung, fließt in die Einschätzung der Hilfsfähigkeit mit ein	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
040310/4	Interview 1		Wenn es eine bewußte Strategie gibt, wird diese abgewogen mit ihren Nachteilen. Der Integrationsprozeß kann, muß aber nicht eine bewußte Strategie sein.	Abwägen: PLK
040310/5	Interview 1	Abwägen	Neue Informationen (Wissen über Krankheit), die in den bereits abgeschlossen geglaubten Abwägeprozeß einfließen, verändern die Situation, machen ein nach-Abwägen erforderlich. Wenn das nicht abgeschlossen wird: Angst	Abwägen: OP
040310/5a	Interview 1	Einteilung Selbst/ Fremd	Die Selbsteinschätzung speist die Erwartungen an sich Die Fremdeinschätzung speist die Erwartung an sich ebenfalls, wenn andere das nicht können, muß ich das eben tun Für beides spielen die Vorerfahrungen eine Rolle, beides wird auch zur Erfahrung	Abwägen: PLK
040310/5a	Interview 1	Einteilung Selbst/ Fremd	Die Selbsteinschätzung speist die Erwartungen an sich Die Fremdeinschätzung speist die Erwartung an sich ebenfalls, wenn andere das nicht können, muß ich das eben tun Für beides spielen die Vorerfahrungen eine Rolle, beides wird auch zur Erfahrung	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
040310/6	Interview 1	Funktion/ Aufgaben	Werden auch aus der Erfahrung geprägt, auch aus ständigen Selbst- und Fremdeinschätzungen	Wahrgenommene Funktion
040310/6	Interview 1	Funktion/ Aufgaben	Werden auch aus der Erfahrung geprägt, auch aus ständigen Selbst- und Fremdeinschätzungen	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
040310/7	Interview 1	Abwägen	Wenn nach dem Abwägen nur eine Möglichkeit bleibt, kann daraus Zuversicht entstehen (Kein Zweifel, die falsche gewählt zu haben)	Abwägen
050310/1	Interview 2	Abwägen	Muß nicht alleine geschehen, man kann sich auch externer Ressourcen bedienen (Familie, vertraute	Abwägen

			Personen, Ärzte) - je nach Selbst- u. Fremdeinschätzung.	
050310/1b	Interview 1-13	Schmerzen nach der OP	Ich sollte die Patienten nach den Schmerzen nach der OP fragen.	Vorgehensweise/technische Durchführung der Untersuchung
050310/2	Interview 3	Erwartungen an andere	Es ist zu unterscheiden: - Erwartungen an andere, die in einer Einschätzung enden - Erwartungen an andere als Bedingung für Abgabe von Kontrolle	(fremde) Problemlösungskompetenz
050310/3	Interview 5	Erfahrung	Bildet den Kontext des Abwägens (Kontingenz?)	Abwägen
050310/3	Interview 5	Erfahrung	Bildet den Kontext des Abwägens (Kontingenz?)	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
050310/4	Interview 7	Abwägen - Prognose	Geht man von meiner bisherigen Theorie aus, so dürfte jemand mit Tod als Alternative/Risiko kaum Bedenken hinsichtlich der OP haben – kaum nachzuvollziehen angesichts Beschwerdefreiheit	Abwägen: OP
050310/5	Interview 13	Ungewißheit	Wirkt sich nicht nur auf Angst aus, sondern auch auf Beeinträchtigungen durch Krankheit / kein planbares Leben, keine Flexibilität / Beeinträchtigung der Lebensqualität Steht zw. Beurteilen der Beeinträchtigung durch Krankheit und Beeinträchtigung durch Therapie	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
050310/6	Interview 1 und 13	Selbsteinschätzung	Auch der eigene Umgang mit Problemen wird eingeschätzt, evtl. Ausblendung oder Autosuggestion vorgenommen, um sich nicht zu überfordern.	(eigene) Problemlösungskompetenz
080310/1	Interview 14	Behandlung der Vorerkrankung/ Erfahrung m. OP/ Erkrankung	Beeinflußt, wie aktuelle OP als Lösungsmöglichkeit gesehen wird. Eine negative Vorerfahrung mit einer Behandlungsmethode kann eine Bevorzugung/ höhere Wertschätzung der aktuellen Therapie zur Folge haben, wodurch die Angst gemildert und die Hoffnung auf Besserung gestärkt wird.	Abwägen: OP
080310/1	Interview 14	Behandlung der Vorerkrankung/ Erfahrung m. OP/ Erkrankung	Beeinflußt, wie aktuelle OP als Lösungsmöglichkeit gesehen wird. Eine negative Vorerfahrung mit einer Behandlungsmethode kann eine Bevorzugung/	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen

			höhere Wertschätzung der aktuellen Therapie zur Folge haben, wodurch die Angst gemildert und die Hoffnung auf Besserung gestärkt wird.	
090310/1	Interview 15	Einordnen in d. Lebenssituation	Ist keine Kategorie sondern eine Subkategorie des Abwägens? Die Einordnung in das Leben, für ein Ziel, als ein Sinn kann ein Pro Argument beim Abwägen sein. Die Grundlage dafür, warum überhaupt abgewogen wird.	Einordnung der OP in die Lebenssituation
090310/2	Interview 15	Annahme der OP	Main concern. Die Patienten sehen sich vor die Aufgabe gestellt, die OP mit ihren Möglichkeiten und Bedrohungen anzunehmen, in ihr Leben zu <i>integrieren</i> , nicht daran zu zerbrechen. Sie <i>wägen</i> daher <i>ab</i> , was für und was gegen die OP spricht und ziehen daraus die entsprechenden Konsequenzen.	Einordnung der OP in die Lebenssituation
110310/1	Interview 18	Angst - Furcht	Es gibt Unterschiede und Abstufungen von Angst. Einmal die Angst mit ein bißchen vegetativer Reaktion, unwohl fühlen etc. Dann die existentielle Angst, die alles einnimmt u. beherrscht u. an nicht anderes mehr denken läßt. Kein Platz für Hoffnung etc. Demgegenüber die Furcht vor etwas bestimmten, um das das Denken kreist. Liegt kaum vor? So kann Angst auch allg. durch Streßsituationen hervorgerufen werden und nicht mit OP-spezifischen Stressoren zusammenhängen.	Beeinträchtigung durch OP
110310/2	Interview 18	Therapieoptionen	Haben verschiedene Risiken. Krankheitswissen. Werden unterschiedlich eingeschätzt.	Beeinträchtigung durch OP
200310/1	Sorting	Selbsteinschätzung	- die Erwartungen an sich selbst verhalten sich zu den Erwartungen anderer an sich (stehen in Beziehung), werden zumindest davon beeinflusst, manchmal übernommen	(eigene) Problemlösungskompetenz
200310/2	Sorting	Vorgehen	Alle Einheiten/Kategorien in ihrer Lage zueinander anordnen und dann jeweils in sich selbst ordnen Die technischen Memos, die sich auf Sampling beziehen, zu den Kategorien zuordnen, um Sampling erfahrbare zu machen.	Vorgehensweise/technische Durchführung der Untersuchung

200310/3a	Sorting	Erwartungen an sich selbst	Erwartungen an sich sind Verpflichtungen? Aufgaben auch?	Wahrgenommene Funktion
200310/3b	Interview 1-19	Einordnung der Probleme	Konkret: der OP in die aktuelle Lebenssituation ist das Hauptproblem der Betroffenen. Sie lösen es, indem sie kontinuierlich ihre Möglichkeiten, die Folgen abwägen und miteinander vergleichen. Das speist sich aus den Einschätzungen, die sie über sich selbst machen, das Problem anzugehen. Die wiederum werden von den Einschätzungen anderer mitbedingt. Zentrale Fragen: Schaffe ich es, meiner Verpflichtung nachzukommen, wenn ich mich dieser OP unterziehe? Oder sind die Beeinträchtigungen ohne OP grösser als nach/während der OP? Wiegen die Resultat die hinzukommenden Einschränkungen auf, indem sie mein Lebensziel mich eher erreichen lassen?	Einordnung der OP in die Lebenssituation
200310/4	Interview 1-19	Lebensziel	<ul style="list-style-type: none"> - kann eine Vielzahl von Sachen sein, auch gemischt - Die Lebensqualität/Hobbys - Die Erfüllung von Verpflichtungen in Familie, Beruf - Die Aufrechterhaltung eines Selbstbildes von Selbstständigkeit/Kontrolle - Teil des Selbstbildes? 	Wahrgenommene Funktion
200310/5	Interview 1-19	Erwartung an andere	Als Prozeß lebenslanger Einschätzung der eigenen/anderen Fähigkeiten/Möglichkeiten	(fremde) Problemlösungskompetenz
200310/6	Interview 1-19	Abstand zur OP	Nicht d. Abstand ist die zeitliche Komponente des Abwägens, sondern ob das Abwägen zuende geführt wurde oder nicht – ob neue Fakten dazukommen.	Abwägen
200310/x	Interview 1-19	Abwägen	Es wird über 2 Dinge abgewogen: <ul style="list-style-type: none"> - ist das, was ich habe, so stark beeinträchtigend, daß ich es behandeln muß?- wieviel kann ich selbst, wieviel muß ich an andere abgeben? 	Abwägen
200310/y	Interview 1-19	Erfahrung	Erfahrung ist ein alles umgebender Kontext, in den hinein der komplette Prozeß inklusive aller Einflußfaktoren gebettet ist.	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen

200310/z	Interview 1-19	Erfahrungen	Haben 2 Kategorien: Die, die sich auf die Erkrankungen, das eigene Erleben, die eigenen Fähigkeiten = Selbsteinschätzung beziehen Die, die sich auf die Fremdeinschätzung beziehen	Problemlösungskompetenz
200310/z	Interview 1-19	Erfahrungen	Haben 2 Kategorien: Die, die sich auf die Erkrankungen, das eigene Erleben, die eigenen Fähigkeiten = Selbsteinschätzung beziehen Die, die sich auf die Fremdeinschätzung beziehen	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
220310/1	Sorting	Abwägen	In der Diskussion sollte ich den Zustand erwähnen, daß Patienten unmittelbar operiert werden müssen (Unfall, Katastrophen) und z.B. ein Bein amputiert bekommen. Wenn sie bei Bewußtsein sind und sich schnell entscheiden müssen - der Abwägeprozeß ein Ergebnis findet	Abwägen
220310/2	Memo 230210/2	Anweisung d. Arztes	Die Anweisung des Arztes darf Verpflichtungen nicht entgegenstehen, sonst Rückkehr zu Abwägeprozeß	Abwägen: OP
220310/3	Sorting	Problemlösung	Als ein Bestandteil des Selbstbildes mit den Möglichkeiten Selbst – Fremd Beeinflußt von Kontrollbedürfnis, Fähigkeiten, Möglichkeiten, Erfahrung	(eigene) Problemlösungskompetenz
300310/1	Literatur: Janis, S. 5	Krebspatienten	Scheint nicht zu stimmen?	Vorgehensweise/technische Durchführung der Untersuchung
140910/1	Interview 20		Jede medizinische Behandlung auch abseits d. OP hat Nachteile, die als Beeinträchtigung empfunden werden.	Beeinträchtigung durch Erkrankung
140910/2	Interview 20	Vor-OPs	Erfolge von vorherigen Behandlungen/Ops werden miteinbezogen und in die Wagschale geworfen. Es zählt nicht nur der endgültige Erfolg, sondern auch der Weg dorthin.	Abwägen
140910/2	Interview 20	Vor-OPs	Erfolge von vorherigen Behandlungen/Ops werden	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen

			miteinbezogen und in die Wagschale geworfen. Es zählt nicht nur der endgültige Erfolg, sondern auch der Weg dorthin.	
140910/3	Interview 20	Schuld/ Verantwortung	Wer ist Schuld, wenn eine OP nicht klappt? Beeinträchtigt das Suchen und Finden eines Schuldigen die Angst vor weiterer OP? Gibt es mehr Sicherheit, wenn man erkannt „Schuldfaktoren“/Ursachen für Komplikationen (nicht) ausgeschlossen weiß? Bleibt Unsicherheit, wenn keine Faktoren gefunden werden können? Hängt das vom Krankheitsverständnis ab?	(fremde) Problemlösungskompetenz
140910/4	Interview 20	Inneres Bild/ Wahrnehmung	Inneres Bilde der OP/diffuse Imagination d. empfundenen Ängste, hilft bei der Analyse nicht weiter, mögl. Ansatz zur Therapie?	Vorgehensweise/technische Durchführung der Untersuchung
140910/5	Interview 20	Verantwortung/ Funktion	Wenn Verantwortung/Funktion nur vorgeschobene Gründe sind, muss es etwas dahinter geben! Ist das bei allen Patienten so, ist es ausreichend beleuchtet? Auf jeden Fall Lösungen suchen, um zum Kern zu kommen.	Wahrgenommene Funktion
140910/5	Interview 21	Einordnung in die Lebenssituation	Mit der Entscheidung, die OP zu einem bestimmten Zeitpunkt zu machen, wird sowohl der sozialen Funktion der Patienten genüge getan als auch die Einordnung in die Lebenssituation vollzogen, die OP gewissermaßen funktionalisiert.	Abwägen: OP
140910/6	Interview 21	Vorerfahrung	Kann geteilt werden: - eigene Erfahrung - Fremderfahrung/Berichte - erworbenes Wissen	Problemlösungskompetenz
140910/6	Interview 21	Vorerfahrung	Kann geteilt werden: - eigene Erfahrung - Fremderfahrung/Berichte - erworbenes Wissen	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
140910/7	Interview 21	Folge der OP	Eine Folge der OP kann auch zu erwartender sozialer Druck sein, bzw. zu erwartende soziale Veränderungen/Rollen, die angenehm oder	Beeinträchtigung durch OP

			unangenehm sind: sowohl kurz-, mittel- als auch langfristig	
140910/8	Nicht nachvollziehbar	Prognose	= Risiko der Krankheit Gegenüberstellung: Risiko d. OP/ sonstige Therapie	Beeinträchtigung durch Erkrankung
160910/1	Schreiben	Vorerfahrung	Konzept der erlernten Hilflosigkeit? Erfahrene HL	Problemlösungskompetenz
160910/1	Schreiben	Vorerfahrung	Konzept der erlernten Hilflosigkeit? Erfahrene HL	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
160910/1w	Interview 3	Diskussion	Die subjektive Krankheitsvorstellung beeinflusst die Furcht vor den Folgen einer OP □ in der Diskussion/Beziehung einbringen	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
160910/2	Interview 9	Schreiben	Auswirkung von Hilflosigkeit auf Angst/Einstellung zur OP	Abwägen
170910/1	Schreiben (Conclusion)	Abwägen-Stressoren	nichts ist Stressor an sich, sondern wird von den Umständen dazu gemacht	Abwägen
Nicht nummeriert	Interview 7, 9	Abwägen	Ohne Schmerz (Beeinträchtigung allgemein?) fehlt die Grundlage für das Abwägen. Es muß aufgrund nicht faßbarer Argumente geschehen, ist nicht nachvollziehbar. Die Diskrepanz zwischen körperlicher Beeinträchtigung und Handelsnotwendigkeit macht Angst? Zumindest ist die Angst höher, wenn die Nachteile d. OP als Beeinträchtigung erlebt werden	Abwägen: OP
Nicht nummeriert	Interview 9	Erwartungen an andere	Potentielle Helfer, von denen Hilfe erwartet wird, sollen helfen. Wenn die Hilfe nicht über das eigene Vermögen hinausgeht, ist das schlecht. Der Patient fühlt sich verhöhnt/nicht ernstgenommen/nicht angemessen behandelt	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nummeriert	Interview 9	Lebensinhalte	Lebensinhalte sind Teil des Abwägeprozesses, sie zu erhalten wird auf jeder Seite in die Wagschale geworfen. Abstufung möglich?	Abwägen: OP
Nicht nummeriert	Interview 11	Schreiben	Folgen d. OP?: Tracheostoma bei Thyroidektomie Oder: subj. Krankheitsvorstellung?	Beeinträchtigung durch OP
Nicht nummeriert	Interview 12	Fähigkeiten	Auch die Fähigkeiten spielen eine Rolle. Die	(eigene) Problemlösungskompetenz

			Möglichkeit/Fähigkeit aktueller Problembewältigung wird auf OP-Komplikationen angewendet.	
Nicht nummeriert	Interview 21	Lebensinhalt	Ist auch die Rolle, die wir normalerweise einnehmen. Im konkreten Fall: Medizinstudent – auf der anderen Seite des Tisches/im Schwesternzimmer Daher: Rollenwechsel kann problematisch werden.	Wahrgenommene Funktion
Nicht nummeriert	Interview 1-21	Lebensinhalte	<ul style="list-style-type: none"> - eigene Vorstellung/Glaube - Leben an sich, Gesundheit (I. 8) - Beruf (I. 20,3) - Aufgeben (I. 16) – Selbstbestimmung, Selbstständigkeit - Hobbys (I. 6, 13, 16) - Tiere (I. 14, 6) - Familie - soz. Umfeld (I. 21) 	Wahrgenommene Funktion
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Soziale Position	Erlebte Erwartungen anderer an sich/ Verpflichtung/Aufgaben: Beruf Versorgung (Familie)	Wahrgenommene Funktion
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Funktion	Sich selbst zugeschrieben vs. Sozial zugeschrieben – Kongruenz?	(eigene) Problemlösungskompetenz
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Erwartungen an sich	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme selbst lösen können Problemlösungskompetenz (Fähigkeiten, gespeist aus Einschätzung anderer) <ul style="list-style-type: none"> - Anpassung an unterschiedliche Situationen (Fähigkeit) - Leistungsfähigkeit 	(eigene) Problemlösungskompetenz
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Funktion	Sich selbst zugeschrieben vs. Sozial zugeschrieben – Kongruenz?	Wahrgenommene Funktion
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Hoffnung	<ul style="list-style-type: none"> - weniger Beschwerden - Aufgaben erfüllen/Funktionalität - Lebensqualität erwarteter Zweck der OP: Gegenstand des Abwägens	Abwägen: OP

Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Vorerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Verlauf - Erfolg der Therapie - Sympathie/Antipathie – persönliche Kontakte zum Personal - Nebenwirkungen/Beeinträchtigungen 	Problemlösungskompetenz
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Vorerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Verlauf - Erfolg der Therapie - Sympathie/Antipathie – persönliche Kontakte zum Personal - Nebenwirkungen/Beeinträchtigungen 	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Beschwerden/ Beeinträchtigung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschwerden: Dauer, Grad, Art - Beeinträchtigung: Teilnahme am sozialen Leben, selbstständiges Handeln, körperliches Wohlbefinden ausser Schmerz (Hunger, Schwäche) 	Beeinträchtigung durch Erkrankung
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Beschwerden/Beeinträchtigung – Dauer - Komplikationen - Prognose 	Beeinträchtigung durch Erkrankung
Nicht nummeriert	Nicht nachvollziehbar	OP- Folgen/Risiken	(Narkose, Komplikationen) Folgen: <ul style="list-style-type: none"> - Positiv - Negativ (Komplikationen Narkose/OP, normal: Narbe, Funktionseinschränkung, Medikamente) 	Beeinträchtigung durch OP
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1		Sie hat Verständnis, wenn Ärzte ihr nicht helfen können (i.S.v. moralischer Unterstützung): keine Zeit, Distanz zu Patient muß für objektives Arbeiten gegeben sein „Niemand kann ihre eigenen Schmerzen nachempfinden“	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1		Für andere: werden mit Problemen belastet, können nicht helfen. Kann es kontraproduktiv sein, Hilfsbedürftigkeit zu äußern?	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1		Es gibt auch: Ich habe nichts zu verlieren (=Risiko), den Versuch ist es wert	Abwägen: OP

Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1		- Krankheitserleben – Vorerkrankungen – erlebte Bedrohungen - Erwartungen anderer in der Entwicklung	Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1		- Krankheitserleben – Vorerkrankungen – erlebte Bedrohungen - Erwartungen anderer in der Entwicklung	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 2		Welche Zukunftsvorstellungen/Lebensinhalte haben sie? Wie werden diese durch die Operation beeinträchtigt?	Einordnung der OP in die Lebenssituation
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 3		Was ist ihr Ziel? Brauchen sie ein Ziel vor Augen?	Einordnung der OP in die Lebenssituation
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 3		Patient wägt Rat gegen zu erwartenden Nachteil ab. Je mehr er selbst kontrollieren will, umso weniger läßt er sich vom Arzt beruhigen, weil er alles besser weiß. Macht die Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Abwägung Sicherheit/Unsicherheit-Angst?	Abwägen
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 4	Statussymbole	- Hobbys können Statussymbole sein - Statussymbole können Lebensinhalt sein	Wahrgenommene Funktion
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 7		OP gibt keine ausreichende Sicherheit, daß Risiko abgewendet wird / im schlimmsten Fall OP-Risiko mit Komplikationen + Todesgefahr Wenn die OP einiges an Sicherheit bietet: kaum OP-Angst	Abwägen
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1-21	Erwartungen an sich	- für andere da sein (I. 3) - Hilfe (I. 4)	Wahrgenommene Funktion
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1-21	Aufgaben	- Familie/Kinder - Beruf	Wahrgenommene Funktion
Nicht nachvollziehbar	Interview 1-21	Erwartungen an sich	Berufliche Existenz sichern	Wahrgenommene Funktion

(zerschnitten)				
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1-21	Angst	Berufliche Existenz sichern	Beeinträchtigung durch Operation
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1-21	Erwartungen an sich	Familie versorgen/schützen	Wahrgenommene Funktion
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1-21	Angst	Familie versorgen/schützen	Beeinträchtigung durch Operation
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1-21	Konsequenz der Operation	Belastung anderer	Beeinträchtigung durch Operation
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Interview 1-21	Angst	Sozialer Abrutsch	Beeinträchtigung durch Operation
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Selbstbild	Selbstständigkeit/Kontrolle (Bedürfnis: Autosuggestion zur Aufrechterhaltung, Einschätzung durch Selbst und Andere)	(eigene) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar		- Einschätzung der eigenen Fähigkeiten - Einschätzung der sozialen Position/Funktion	(eigene) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Selbsteinschätzung	- Einschätzung, ob Selbst helfen kann - Erfahrung	(eigene) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Selbsteinschätzung	- Fähigkeiten – Flexibilität - Leistungen - Verpflichtungen – Erwartungen an sich - Möglichkeiten	(eigene) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Ersteindruck	Erster Eindruck: gut/schlecht; pos./neg.; souverän, ruhig, wissend	(fremde) Problemlösungskompetenz

Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Einstellung zu Hilfe/ Hilfsbedürftigkeit	Aktiv/passiv	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar		Einschätzung anderer: Hilfsfähigkeit (niedrig/hoch) Belastbarkeit – Schutzbedürfnis	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Einstellung zu Hilfe	Passiv: Wird angenommen/nicht angenommen Bedingungen, unter denen Hilfe angenommen wird: Einschätzung, ob andere helfen können (Hilfsfähigkeit) – Sympathie; Erfahrung mit anderen; Erfahrung der anderen; Selbsteinschätzung der anderen	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Biografie/ Erfahrung	- Erlebnisse mit anderen und ihrer Fähigkeit zu helfen (Ärzte) / Selbst- und Fremdeinschätzung	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Biografie/ Erfahrung	- Erlebnisse mit anderen und ihrer Fähigkeit zu helfen (Ärzte) / Selbst- und Fremdeinschätzung	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar		Auch Ärzte – alle potentiellen Hilfspersonen – werden nach Belastbarkeit überprüft - nicht immer – abhängig von Vorerfahrungen?	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Selbsteinschätzung	Was müsste ich können – was kann ich?	(eigene) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Erwartung an andere	- für mich da sein/mich in Ruhe lassen	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar		- Hilfsangebot - Selbstständigkeit - Umgang/Haltung zu Patienten	(fremde) Problemlösungskompetenz
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Umgang mit Problemen	Einordnung in die Lebenssituation - Erfahrung	Einordnung der OP in die Lebenssituation

Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar		Routineeingriff – gewöhnliche OP	Abwägen
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Abwägen	Beeinträchtigung (Erwartungen an sich) - Risiken	Abwägen
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Abwägen	Abwägen der Möglichkeiten / Einstellung zu Hilfe - Selbst- und Fremdeinschätzung	Abwägen
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar	Wissen	- subjektive Krankheitsvorstellung – Wissen über Krankheit – Gefährlichkeit notwendig zur Einschätzung	Vor-, Krankheits-, Nicht-Wissen
Nicht nachvollziehbar (zerschnitten)	Nicht nachvollziehbar		Körperliche Verstümmelung/Beeinträchtigung = Komplikationen	Beeinträchtigung durch OP

Anhang 5: Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Robert Wilhelm
Anschrift:	Waldweg 1 98544 Zella-Mehlis Deutschland
Geburtsdatum und -ort:	12.11.1987 in Suhl
Staatsangehörigkeit:	Deutsch
Konfession:	evangelisch-lutherisch
Familienstand:	ledig

Schulische Ausbildung

1997 - 2005	Heinrich-Erhardt-Gymnasium Zella-Mehlis, Abschluss: Abitur (1,2)
1994 - 1997	Grundschule "Friedrich Schiller" Zella-Mehlis

Wehrdienst

10/2005 - 09/2006	Wehrpflichtiger im GebSanRgt 42, Kempten/Allgäu
-------------------	--

Studium

11/2009 – 06/2013	Doktorand am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie (wissenschaftlicher Betreuer: Prof. Dr. Bernhard Strauß)
10/2008 – 12/2012	klinischer Abschnitt des Medizinstudiums am Universitätsklinikum der Friedrich- Schiller Universität Jena 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (1,5)
10/2006 - 09/2008	vorklinischer Abschnitt des Medizinstudiums Friedrich Schiller-Universität Jena, 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (3,0)

Danksagung

Ich danke allen Patienten, die ich im Rahmen meiner Untersuchung befragen durfte und die bereit waren, ihre Gedanken, Ängste und Erwartungen mit mir zu teilen. Durch Sie wurde diese Arbeit erst möglich und für Sie wurde sie letztendlich geschrieben. Bleiben Sie behütet!

Für die Möglichkeit der Durchführung der Interviews auf den allgemein-, visceral- und gefäßchirurgischen Stationen des Universitätsklinikums Jena danke ich Herrn Professor Dr. Utz Settmacher sowie Dr. Henning Mothes für die Betreuung vor Ort.

Außerordentlich danken möchte ich meinem wissenschaftlichen Betreuer Herrn Professor Dr. Bernhard Strauß und meiner ständigen Ansprechpartnerin Frau Dr. Jenny Rosendahl, die durch ihre kritischen und motivierenden Anmerkungen den Entstehungsprozeß dieser Arbeit entscheidend mit beeinflusste. Gleichmaßen bedanke ich mich bei allen Mitarbeitern des Institutes für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, bei denen ich in vielen Gesprächen Anregungen für meine Arbeit aufnehmen konnte. Besonders zu erwähnen ist PD Dr. Uwe Berger, dessen kritische Durchsicht die Arbeit ungemein bereicherte.

Ebenso danke ich meinem Freund und Mitbewohner Markus, der stets ein offenes Ohr für meine Sorgen und Nöte hatte und mich immer wieder optimistisch zu stimmen vermochte.

Großer Dank geht an meine lieben Eltern und Großeltern, die zu jeder Zeit übergroßes Vertrauen in mich gesetzt haben und mich dadurch mit großer Zuversicht erfüllt haben. Besonders danke ich dabei auch meinem Bruder Bupfen, der nie einen Zweifel am erfolgreichen Abschluß dieser Dissertation gelassen hatte.

Herzlicher Dank gebührt auch allen Schwestern und Brüdern, die fortwährend für mich und diese Arbeit gebetet haben. Ich war fröhlich in Hoffnung und geduldig in Trübsal, weil Ihr beharrlich im Gebet wart!

Würdig und recht ist es schließlich, Gott dem HERRN zu danken, dem Vater unseres Herrn Jesus Christus. „*Wenn der HERR nicht das Haus baut, so arbeiten umsonst, die daran bauen.*“ (Psalm 127,1). Gleiches gilt für das Schreiben meiner Dissertation, über deren Erstellung zu jedem Zeitpunkt seine Zusage „*Gott ist mit dir in allem, was du tust.*“ (1. Mose 21,22) stand.

„Danket dem HERRN; denn er ist freundlich, und seine Güte währet ewiglich.“

Psalm 106,1

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Dr. Jenny Rosendahl,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, 07.09.12

Robert Wilhelm